1918 Fasc. 52.

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

Prof. VITTORIO ASCOLI, REDATTORE CAPO

SEZIONE PRATICA

Vol. XXV — Anno 1918

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1918

COLLABORATORI EFFETTIVI

DELLA SEZIONE PRATICA PER IL 1918

Prof. **FRANCESCO DURANTE,** Direttore

Prof. **VITTORIO ASCOLI,** Redattore-capo

Alajmo-Marchetti dott. Libertino - Girgenti.
Albano dott. Domenico - Pignola.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alpago-Novello dott. Luigi.
Aguzzi dott. Alessandro - Firenze.
Amaducci dott. Armando - (Zona di guerra).
Amantea prof. Giuseppe - Roma.
Amati dott. Alfredo - Napoli.
Amorosi dott. Prospero - Verona.
Aperlo prof. Giovanni - Pavia.
Aquilanti dott. G. - S. Osvaldo.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascoli prof. Alberto - Modena.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Basile dott. Giovanni - Catania.
Benassi dott. Giuseppe - Persiceto.
Bergolli dott. Francesco - Brescia.
Blasi dott. Gaetano - Riano Flaminio.
Bilancioni prof. Guglielmo - Roma.
Borelli dott. Edoardo - Genova.
Boschi prof. Gaetano - Ferrara.
Bravetta prof. Eugenio - Casarza.
Breccia prof. Gioacchino - Genova.
Brignone dott. Emiliano - Casale Monferrato.
Brugnatelli prof. Angelo - Pavia.
Brunetti prof. Federico - Venezia.
Bussa-Lay dott. Enrico - Venezia.
Buttazzoni dott. Aldo - Roma.
Calandra prof. Eduardo - Palermo.
Caliceti dott. Pietro - S. Giorgio in Piano.
Carbone prof. Domenico - Bologna.
Caucci dott. Alberto - Chieti.
Ceramicola dott. Romano.
Ceconi prof. Angelo - Torino.
Cerchione dott. Luigi - Pisa.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chiavaro prof. Angelo - Roma.
Chiri dott. Camillo - Pavia.
Ciauri prof. Rosolino - Cotrone.
Citelli prof. Salvatore - Catania.
Ciuffini prof. Publio - Roma.
Coleschi dott. Lorenzo - Roma.
Condorelli-Francaviglia prof. Mario - Catania.
Cosco dott. Giuseppe - Firenze.
Costa dott. Felice - Genova.
Cuomo dott. Vincenzo - Isola di Capri.
Curti dott. Eugenio - Sant'Eufemia della Fonte.
De Carli prof. Deodato - Roma.
De Chiara dott. Domenico - Roma.
De Napoli prof. Ferdinando - Bologna.
De Sandro prof. Domenico - Napoli.
De Vecchis dott. Beniamino - Napoli.
Di Pace dott. Ignazio - San Marco in Lamis.
Domenici dott. Olinto - San Gimignano.
Dori dott. Luigi - Pavia.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Duca dott. Vincenzo - Roma.
Durand dott. Felice - Genova.
Egidi prof. Guido - Roma.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Fasano prof. Mario - Asti.
Fazzari dott. Giov. Battista - Antonimina.
Ferreri prof. Gherardo - Roma.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fioravanti prof. Luca - Orbetello.
Fiori prof. Giuseppe Luigi - Pisa.
Forlì prof. Vasco - Roma.
Fulci prof. Francesco - Roma.
Galli prof. Giovanni - Roma.
Garbini prof. Guido - Teramo.
Garosci dott. Nicola - Torino.
Gatti prof. Gerolamo - Firenze.
Gavazzeni dott. Luigi.
Gazzetti dott. Giovanni - Modena.
Genoese dott. Giovanni - Roma.
Gheza dott. Bartolomeo - (Zona di guerra).
Ghillini prof. Cesare - Bologna.
Ghiron dott. Mario - Roma.
Giannelli dott. Domenico.
Gilberti prof. Pietro - Bergamo.
Giovannini dott. Eugenio - (Zona di guerra).
Gorini prof. Costantino - Milano.
Govoni dott. Giuseppe - Crevalcore.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Guarini dott. Carlo - Napoli.
Guidi prof. Luigi - Roma.
Hoffer dott. Guglielmo - Novara.
Jemma prof. Rocco - Napoli.
La Rosa prof. Gaetano - Messina.
Leone dott. Raffaele - Lecce.
Leporini dott. Francesco - Bengasi.
Levi della Vida prof. Mario - Roma.
Lollini dott. Livia - Roma.
Lutrario prof. Alberto - Roma.
Maffi dott. Attilio - Ferrara.
Maggiora prof. Romano - Roma.
Malacrida dott. Giovanni - Milano.
Mancini dott. Claudio - Gerusalemme.
Mantovani dott. Mario - Bologna.
Manzini dott. N. - Bologna.
Marchesi dott. Clemente - Modena.
Marchiafava prof. Ettore - Roma
Mariconda prof. Paolo - Roma.
Marinacci dott. Sertorio - Roma.
Masci dott. Bernardino - Roma.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Mazzi dott. Vincenzo - (Zona di guerra).
Mazzolani dott. Dom. Antonio - Tripoli.
Meille dott. Luigi - Torino.
Mendes dott. Guido - Roma.
Menghetti dott. Silvano - Scarlino.
Micheli prof. Ferdinando - Firenze.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Montanari dott. Umberto.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Morelli prof. Eugenio - Pavia.
Morelli dott. Giovanni - Forlì.
Moruzzi dott. Giovanni.
Mosti dott. Renato - Firenze.
Novaro prof. Giacomo Filippo - Genova.
Paleani dott. Ottavio - Aquila.
Paoletti dott. Ferdinando - (Zona di guerra).
Pavesi dott. Carlo Mario - (Zona di guerra).
Pellicciotti dott. Paolo - Chieti.
Pezzi prof. Cesare - Milano.
Piccinini prof. Guido Maria - Bologna.
Piccinini prof. Prassitele - Guastalla.
Pittarelli dott. E. - Chieti.
Pittarelli Emilio, studente in medicina - Chieti.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porta prof. Silvio - Recanati.
Puglisi-Allegra prof. Stefano - Messina.
Riquier dott. Giuseppe Carlo - Sassari.
Rizzi dott. Michelangelo - Chieti.
Romanelli dott. Ilario - Roma.
Roncoroni prof. Luigi - Parma.
Rossi prof. Armando - Parma.
Ruggi prof. Giuseppe - Bologna.
Rühl prof. Carlo - Lucca.
Rusca dott. Paolo - Milano.
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Santi prof. Emilio - Arezzo.
Satta prof. Giuseppe - Torino.
Saviozzi prof Valeriano - Roma.
Scala prof. Alberto - Roma.
Scalone prof. Ignazio - Napoli.
Sciglianc dott. Saverio - Napoli.
Scoccia dott. Vincenzo - Spezia.
Sebastiani dott. Antonio - Roma.
Segre dott. Mario - Torino.
Silvagni prof. Luigi - Bologna.
Soresi prof. Angelo L. - New York.
Sorrentino prof. Urbano - Napoli.
Stenico dott. Vittorio - Milano.
Tarantino dott. Salvatore - Nardò.
Tenani prof Ottorino - Bergamo.
Terzaghi prof. Roberto - Roma.
Timpano dott. Pietro - Cotrone.
Tommasi dott. Lodovico - Firenze.
Turtur prof. Giuseppe - Roma.
Vaccari prof. Luigi - Modena.
Vecchia dott. Enrico - Nuoro.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Viale prof. Gaetano - Torino.
Vigliani prof. Rodolfo - Chioggia.
Vignolo-Lutati prof. Carlo - Torino.

INDICE GENERALE

Vol. XXV - 1918

Indice per rubrica

RESOCONTI CLINICI.

NOTE PREVENTIVE.

NOTE E CONTRIBUTI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

CONFERENZE.

RIVISTE SINTETICHE.

QUESTIONI DEL GIORNO.

RELAZIONI.

DIVAGAZIONI.

RIVENDICAZIONI.

COMMENTI.

SERVIZI SANITARI.

MEDICINA E IGIENE SOCIALE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Medicina militare:

BIOGRAFIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; AMMINISTRAZIONE SANITARIA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; ATTI PARLAMENTARI: vedi l'*Indice delle materie.*

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; ALBO D'ORO; NOTIZIE: vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

B

D

G

H

Pag.

I

J

Pag.

K

L

M

N

R

S

U

V

W

Y

Z

Indice alfabetico degli Autori italiani

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali

L. Pozzi, *resp*

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1918 sulla

Sezione Medica del "POLICLINICO,,

Volume XXV (1918)

Indice alfabetico delle memorie originali pubblicate nell'anno 1918 sulla

Sezione Chirurgica del "POLICLINICO,,

diretta dal prof. FRANCESCO DURANTE.

Volume XXV (1918)

Anno XXV. Roma, 6 gennaio 1918 Fasc. 1.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Ai medici italiani.

Il 1918 s'affaccia buio all'orizzonte. La strage di uomini continua con accanimento, le difficoltà economiche si moltiplicano: la coscienza dei popoli è turbata dalla miseria di oggi e dalla incertezza del domani.

La resistenza eroica di ormai due mesi sul Piave ci rinfranca del disastro di Caporetto.

La gravità del momento richiede che ogni parola, ogni atto, ogni aspirazione siano volti alla Patria. Nel supremo bene di averla libera entro giusti confini, si concentri ogni sforzo; perchè a questo patto soltanto l'Italia continuerà la via della sua elevazione civile e contribuirà con la potenza del suo genio e l'operosità del suo popolo al trionfo degli ideali di umana giustizia e di civile libertà.

Non dunque un programma giornalistico farà il *Policlinico* per il suo XXV anno: *fiducia, disciplina e concordia* s'impongono con spirito di sacrificio alla redazione e all'amministrazione del vostro giornale, come s'impongono alla vostra coscienza di cittadini, o medici italiani.

Da tutti è stato riconosciuto che il *Policlinico* è il giornale che meglio ha saputo adattarsi ai bisogni della medicina di guerra, così nel campo tecnico, come nella difesa degli interessi e nell'omaggio ai prodi e nel soccorso ai derelitti. È l'unico giornale medico che sia emerso dalla guerra. Potremmo inorgoglire del risultato, ma preferiamo constatare che tale vantaggio noi dobbiamo per la massima parte all'assidua e colta cooperazione dei nostri abbonati e ai sacrifici senza misura cui si è sobbarcata l'amministrazione. Se un merito risale alla redazione, esso consiste unicamente nell'essersi attenuta all'indirizzo clinico che al *Policlinico* hanno dato i suoi fondatori, i proff. BACCELLI e DURANTE, e nell'avere coordinate con discernimento e con amore l'opera dei collaboratori e la potenzialità economica dell'amministrazione.

Come i nostri propositi si rafforzeranno nel momento difficile attuale, così siamo convinti di meritarci ancora il concorso delle energie che hanno fatto del *Policlinico* l'espressione viva del corpo medico italiano. Poichè nulla può darci soddisfazione maggiore, noi invochiamo dalla benevolenza dei colleghi e dal coraggio dell'amministrazione lo stesso slancio, la stessa resistenza.

Fiducia, disciplina, concordia in ogni nostro atto: ecco il programma che ci imponiamo e che confidiamo avrà il consenso dei colleghi.

In nessun altro cittadino queste virtù devono emergere altrettanto, perchè nessun'altra professione ha tanta larga sfera di influenza e così intimamente si compenetra con tutta la vita della nazione. Se la fine della guerra è oscura, ognuno *sente* chiaramente che un profondo cangiamento è avvenuto nella coscienza universale, sente che sorgerà dal sacrificio un nuovo ordine di cose in cui il problema della redenzione dai grandi mali sociali s'imporrà. La medicina sarà chiamata a più larghe, a più proficue funzioni.

Medici italiani, uniti tra noi, fusi con il resto dei cittadini, muoviamo fidenti e operosi incontro all'avvenire che la forza inesauribile dei popoli liberi assicura migliore.

Prepariamo l'Italia ai nuovi destini.

La Redazione.

SOMMARIO.

CONFERENZE.

I compiti attuali della clinica medica

Prolusione (1) del prof. Vittorio Ascoli.

Ogni professore d'Università, nel prendere possesso della cattedra, entra in cooperazione con i colleghi e prende, spirituale comunione con gli studenti, per diffondere e sviluppare una parte della scienza; contrae nello stesso tempo un forte impegno verso il pubblico, poichè è la scienza che virtualizza e guida le nazioni.

Siccome l'insegnamento di clinica medica comporta l'ufficio di educare i giovani con la dottrina e con l'esempio a comprendere l'uomo malato e in sè e nei rapporti con la famiglia e con la società, il professore di clinica è investito di una missione a cui nessun ingegno basta, se non sia animato dal fervore del bene e dalla dedizione completa all'ideale.

E pertanto, Eccellenza (2), insigni colleghi, giovani cari, signore e signori, dovendo esporvi quest'oggi i termini della cooperazione, l'intimità dei rapporti, la natura dell'impegno che a me derivano dall'assumere l'insegnamento affidatomi, io, davanti alla maestà della Clinica, fulgida nella veste scientifica, dolcissima nel manto della pietà, mi presento a voi nella devozione di chi compie un rito.

Se parlare della clinica medica preoccupa chiunque raggiunga maturità intellettuale sufficiente a dare coscienza dei dominî di essa e dei suoi compiti molteplici, gravi, delicati, conturba il doverne parlare da Roma, dalla cattedra che fu di Guido Baccelli, davanti ad un uditorio così eletto.

Ma un turbamento (al confronto anche maggiore) si sovrappone in quest'ora tragica. Nel cozzo formidabile non di nazioni tra loro, ma di aggruppamenti di popoli, nella lotta gigantesca e disperata che si combatte pro e contro il rinnovamento democratico del mondo, pro e contro la civiltà e la libertà umana, ogni altra cosa appare trascurabile; suona strano e fioco ogni altro linguaggio, sia pur quello della medicina, della scienza cioè che per altezza di obbiettivi, per molteplicità di fondamenti scientifici, per entità di rapporti privati e pubblici primeggia fra tutte. Come parlare ora dell'indirizzo e dei bisogni della clinica medica, quando non soltanto preme la salvezza della patria, ma vacilla la garanzia che nel mondo abbiano ancora posto quel sentimento umano innaturato nella pietà e nutrito di libera scienza, che della clinica è l'unico fondamento? Come pensare ad una festa universitaria quando i banchi delle aule sono disertati da quella gioventù che ha lasciato la gioia del vivere e dell'apprendere per correre, balda e animosa, in difesa degli ideali e del suolo della patria? Mandiamo ad essi e all'Italia l'augurio del trionfo, il trionfo del progresso civile.

Ho stentato a vincere la tentazione di iniziare in raccoglimento severo il corso delle lezioni e risparmiare a voi, gentilissimi, questa non amena audizione. Ma, se avessi seguìto il primo impulso, avrei mostrato di non possedere la virtù del sacrificio che s'impone oggi più che mai a qualunque cittadino; di non sentire la obbligazione mia verso la Facoltà per avermi creduto degno di quest'alto ed ambito ufficio; di non comprendere tutta la devozione che io devo alla classe medica di Roma, che, avendomi sempre onorato del suo favore, ha creato l'ambiente propizio alla mia chiamata a questa clinica, e che, intervenendo quest'oggi numerosa e con la sua ufficiale rappresentanza, ama riconfermarmi la sua fiducia; avrei mostrato ingratitudine verso la memoria del mio grande ed amato Maestro, che, prima educandomi alla medicina interna e poi anche indi-

---

(1) Letta il 19 dicembre 1917 per l'inaugurazione del primo corso di clinica medica nell'Università di Roma.

(2) È presente il prof. A. Roth, Sottosegretario di Stato all'Istruzione Pubblica.

candomi a succedergli, mi ha fatto il maggior beneficio e il più grande onore che uomo possa mai sperare da uomo.

Comprendo che, mentre con le parole non assolvo i debiti vecchi, altri ne contraggo verso di voi che siete accorsi ad attestarmi la vostra simpatia. Ma per chi la gratitudine non sia un peso, gli obblighi di riconoscenza costituiscono la più dolce ragione del consorzio umano.

Volgo anzitutto le mie grazie a voi, Eccellenza, che con il prestigio di clinico aggiungete lustro alla carica politica. Il vostro intervento è testimonianza d'amicizia, ma spero sia anche interessamento di uomo di Governo.

In simile modo valuto la onorifica e grata presenza delle alte personalità della politica e delle pubbliche amministrazioni, e loro porgo il mio ossequio.

Le signore che ingentiliscono questa riunione, abbiano le grazie di noi tutti. Forniscono novella prova dello spirito altruistico che, mentre le rende preziose per l'assistenza ai feriti e malati di guerra, le lega indissolubilmente alle opere della medicina: loro spetta, nei nostri templi, il posto d'onore.

I clinici che si sono benignati di venire a questa inaugurazione garantiscono a voi che le buone tradizioni non saranno qui abbandonate; e stimolano me a mantenere la Clinica di Roma a l'altezza cui stanno le cliniche sorelle.

Agli amici non medici che si compiacciono della mia ascesa a quest'ufficio come di soddisfazione dei propri voti, faccio i più affettuosi ringraziamenti.

Soltanto quest'augusta città, questa cattedra insigne, soltanto così solenne circostanza possono conferirmi il grado per attestare la mia riconoscenza alla città di Pavia che mi ha benevolmente ospitato nei sette anni passati fuori di Roma, a quel glorioso Ateneo che ha offerto ai miei studî incitamenti, occasioni e mezzi, agli amati colleghi di quella Facoltà, ai miei collaboratori indefessi e affezionati, ai miei studenti buoni, intelligenti, zelanti. Permettete che io mandi, anche a nome vostro, al Rettore dell'Università Ticinese l'augurio della sempre più intima fraternità per la elevazione scientifica e per la grandezza della nostra Italia.

La mia persona è troppo assorbita dalla grandezza del momento, perchè io osi oltre concedere alla commozione della riconoscenza: invano cercherei le parole per esprimere la piena di sentimento che trabocca dal mio cuore. Se massima ventura sarebbe stata per qualunque clinico occupare la cattedra di Baccelli, per me il retaggio, oserei dire paterno, e il ritorno tra maestri ammirati, tra compagni valorosi, tra amici diletti conferiscono al posto un fascino di tenerezza cui offusca soltanto il timore di riuscire impari all'ufficio e all'aspettativa.

Da quest'ora, la più importante della mia vita, una grande responsabilità cade su me. Spero che *la fede operosa nel bene*, che la gente superficiale battezza col nome di fortuna, mi sorregga. La stella che mi ha guidato fino a questo posto, mi assisterà nel cammino non meno difficile dell'avvenire. Io la seguirò con lo stesso entusiasmo di prima. Dimenticando ogni lotta, discacciando ogni amarezza, dedicherò tutta intera la vita che mi avanza al rinnovamento della clinica che mi viene affidata e che mi è sacra per la memoria del mio Maestro; all'incremento *di una medicina, il cui scopo supremo sia la cura degl'infermi, il cui mezzo sia l'osservazione esatta, confrontata con l'esperienza, sorretta dalle conoscenze biologiche e diretta dalla logica.*

È una formola forse un po' vaga. Non credo tuttavia che tutti i clinici avrebbero espresso in tali termini il loro ideale: mi lusingo appena che gran parte di essi la sottoscriverebbe.

Non dubitate che io voglia adugiarvi con sottigliezze formali: troppo arduo ed essenziale è il problema che ci attende.

Nel dichiarare la formola enunciata, prenderò le mosse dal pensiero e dall'opera del mio predecessore, in rapporto all'evoluzione scientifica dell'epoca. Se questa traccia non mi fosse segnata dalla logica storica e dalla ragione sentimentale, mi sarebbe quasi imposta dall'autorevole e identico suggerimento di due dei nostri clinici più eminenti. Murri e Maragliano non si sono trovati mai così d'accordo come nell'indicare al successore di Guido Baccelli il compito di *fecondare* l'indirzzo e l'ideale di una grande clinica medica italiana, che il sommo Maestro aveva perseguito.

L'opera di Guido Baccelli è stata esposta ed illustrata dai migliori clinici e patologi d'Italia e dai suoi migliori allievi nella riunione tenuta in Campidoglio nell'aprile 1916 dalla Società di Medicina interna. In questa stessa aula risuona ancora l'eco della solenne commemorazione che l'Accademia Medica di Roma fece del suo presidente per bocca dei suoi antichi assistenti: Augusto Murri con la disamina profonda del pensiero e delle qualità del cittadino e dell'insegnante, Eugenio Rossoni con la commossa evocazione della figura dell'uomo nella clinica e nella politica. Il giornale *Il Policlinico*, per onorare la memoria del

suo Direttore, pubblicò, in un numero speciale, la sullodata orazione di Murri e due memorie, l'una di Maragliano, in cui sono felicemente messi in evidenza i lati più significativi dell'opera clinica, e l'altra di Sanarelli, cui sono rilevati acutamente le doti e i meriti di lui nella medicina politica.

Ho ricordato soltanto le commemorazioni più importanti di Baccelli come clinico. Esse rendono vano ogni altro tentativo di illustrare la figura e il pensiero del Maestro di gran parte di noi.

Io rappresenterò oggi qui soltanto l'indirizzo ch'egli aveva impresso alla sua scuola, alla scuola Romana, come egli la chiamava. Il cómpito è scabroso, sia perchè è arduo sintetizzare un'opera così multiforme, sia perchè di questo indirizzo clinico proprio alcuno tra i commemoratori ha messo in forse l'esistenza, altri ne ha riconosciuto la completezza e la perfezione. Me ne occuperò con l'indipendenza che il nostro Maestro raccomandava.

Insegnamenti di medicina clinica, cioè a letto del malato, non esistettero in Italia fin quasi al principio del XIX secolo. Gli Italiani rifulsero sopratutto negli studi anatomici, sia di anatomia patologica dopo Morgagni, sia di anatomia descrittiva. A Roma alcuni archiatri pontifici si levarono in fama di clinici; ma una vera scuola mancava prima di Baccelli. Ho udito molte volte anch'io Baccelli parlare con tenera commozione del suo Maestro Viale; ma, considerando la forza degli insegnamenti di lui, divido pienamente il giudizio di Murri, che se dobbiamo essere obbligati a Viale per avere compreso, prediletto ed incoraggiato il nostro grande Clinico, il Maestro vero di Baccelli fu Baccelli stesso.

Baccelli ebbe la cattedra, quando fioriva all'estero l'anatomia patologica macroscopica e cominciava a perfezionarsi con l'analisi microscopica e accanto s'innalzava la semeiotica fisica.

I primi anni della carriera di clinico furono talmente spinosi e irti di difficoltà che avrebbero esaurite energie anche indomite. Tra le asperità della lotta le tempre solide si rafforzano e si preparano ai più gravi cimenti. La prima dichiarazione del suo indirizzo è del 1872 e porta già la consapevolezza del clinico sicuro di sè.

Prese posizione netta. Mentre i suoi contemporanei farneticavano in una medicina teoretizzante, speculativa, grossolanamente nosografica, egli, conoscitore esatto di anatomia, ispirato alla tradizione solidistica di Baglivi, vide col suo occhio d'aquila negli studi anatomici la via del rinnovamento e della salvezza per la medicina. Ritrovando nelle nozioni anatomiche non tanto il mezzo di riscontrare alterazioni presunte in vita quanto il fondamento per riconoscere nelle constatazioni obbiettive la sede e l'evoluzione dei processi morbosi, e per ricavarne la spiegazione di particolari alterazioni a distanza o di singolari disturbi funzionali, proclamò il trionfo dell'*anatomia viva*. Nel contrasto tra il nome e l'aggettivo è il gusto della lotta, la saldezza della convinzione giovanile.

Per meglio rendere il concetto del duplice fondo anatomico (anatomia normale, sia descrittiva sia topografica, e anatomia patologica) cangiò poi la primitiva espressione in quella di *anatomismo clinico*, con cui si compiacque lumeggiare il fondamento più sicuro per la clinica; guida e controllo della diagnosi.

Nessun clinico ha battuto con altrettanta costanza ed industria questa via; nelle diagnosi dei tumori addominali, nelle affezioni degli organi respiratori e circolatori. Il *magistero del circolo*, visto essenzialmente nella sua morfologia, lo condusse a diagnosi finissime, svelò a lui il segreto di progressi fisiopatologici tuttora controversi.

La gioventù soltanto consente all'ingegno di imprimere orme personali e durevoli nel cammino della storia: tutta l'opera d'un individuo può farsi discendere dalle concezioni e dalle idee giovanili. L'anatomismo clinico costituì la direttiva di tutta l'opera clinica di Guido Baccelli, quale si svolse fecondamente per 50 anni. Sul frontone di questa clinica che doveva dare nei particolari la rappresentazione plastica del suo ideale, volle fosse posto ad emblema la scuola di Morgagni, l'Ippocrate della moderna medicina.

Sarebbe facile contro l'asserto che nell'*anatomismo clinico* si condensasse l'indirizzo clinico di Baccelli, opporre il documento dei suoi studi sulla funzione della milza, opporre il ricordo delle questioni biologiche a cui dalle accidentalità della casistica clinica egli assurgeva con intuito geniale e con perspicua visione; opporre soprattutto il suo aforisma che *la clinica moderna è il primo gabinetto di fisiologia umana sperimentale*. Ma più facile ancora riesce a chiunque conosca un po' a fondo il pensiero di Guido Baccelli di provare che questi argomenti non fanno che confermare la tesi. Gli studi sulla funzione della milza sono deduzioni sui rapporti dei vasi brevi che collegano la milza con il fondo dello stomaco; le concezioni biologiche di Baccelli partivano dalle nozioni positive di anatomia: tali l'opposizione funzionale tra il circolo portale e il circolo polmonale, le analogie tra il glomerulo malpighiano e la glandola sudoripara. L'aforisma sulla fisiolo-

gia quando si interpreti con le parole del maestro (*in clinica l'animale in esperimento è l'uomo, l'artefice infallibile della lesione è la stessa natura*) non significa altro se non che la clinica può servire ora di controllo, ora di inspirazione alla fisiologia sperimentale.

Baccelli pensò sempre anatomicamente. L'esatta osservazione del malato rappresentò per lui la più alta documentazione fisiologica.

L'osservazione dei fatti clinici: ecco il fulcro che sempre resse e governò la *Scuola clinica romana;* fatti clinici esatti erano essenzialmente per Baccelli quelli rispondenti a *lesioni organiche riconoscibili nel soggetto in esame.*

In modo analogo alla fisiologia considerò la patologia sperimentale e le ricerche di laboratorio. Non solo asserì che i laboratori erano indispensabili per il progresso scientifico della medicina, ma li istituì nella sua clinica e ne favorì, da ministro, lo sviluppo in tutte le cliniche mediche. Quando però si accorse che le analisi di laboratorio, a mano a mano che acquistarono diffusione e importanza, minacciavano di prendere il sopravvento sull'osservazione clinica, si mise in diffidenza. In molte circostanze ribadì che *si parte dalla clinica per entrare in laboratorio, ma dal laboratorio si ritorna sempre alla clinica.* Ei proclamava che *vivo, industre, incessante doveva essere il desiderio di trovare fatti nuovi, istituire nuovi esperimenti, ma che tra questi e le deduzioni deve assidersi rigorosa la logica;* uopo è riconoscere che la sua logica era inesorabile. Sulle sue labbra fioriva feroce il sarcasmo contro la *sperimentulazione.*

Fatti clinici ben osservati e controllati: ecco la bandiera della scuola romana. Baccelli si giovò sempre della valutazione diretta dei fenomeni osservati. Tra gli aforismi in cui amava concretare i suoi pensieri per fissarli nella mente degli uditori, uno dei più ripetuti era questo: che *in medicina gli ectipi sono la regola, i tipi l'eccezione.* Il vecchio nosografismo che pretendeva inquadrare rigidamente le singole malattie non aveva nè la simpatia nè la fede di Baccelli: ei voleva inculcare ai giovani medici la suprema necessità dell'esame preciso e dell'immediata valutazione dei fenomeni rilevati nel caso concreto.

Da ciò e dagli aspri rimbrotti con cui rinfacciava ai predecessori di fondarsi sulla *logora autorità dei ruderi storici della medicina* non potrebbe concludersi ch'egli avesse in dispregio i vecchi osservatori o fosse incurante di quanto l'esperienza clinica aveva assodato. Che anzi il culto della sapienza antica fu in lui ardente e profondo. Raccomandava con insistenza di allacciare il nuovo col vecchio: *novi veteribus non sunt opponendi, sed perpetuo jungendi foedere.* Additò che dai felici descrittori della natura si dovevano prendere le *sintesi* in cui era condensata la loro esperienza clinica e dai moderni si dovevano attendere le analisi che esplicavano le ragioni e le modalità dei fatti grossolanamente, ma genuinamente, osservati. Della parola *sintesi* Baccelli forse abusava: la natura del suo ingegno lo conduceva alla visione d'insieme anche quando s'indugiava a formulare le necessità dell'analisi. Con i termini *sintesi antiche,* egli intese designare bensì i principii generali della medicina, ma intese sopratutto rappresentare la constatazione dei fatti clinici, quasi che essi risultassero tutti dalla complessa riunione di fenomeni semplici. Associando le sintesi antiche alle analisi nuove egli indicava ai suoi allievi la via da tenere: non allontanarsi dai fatti constatati e certi e ricercarne l'interpretazione.

Tra il dispregio per il nosografismo e l'amore per le sintesi cliniche non v'era contraddizione nella mente del Maestro; per buona esatta comprensione sintetica dei fenomeni clinici, cioè per sana esperienza clinica, riconosceva quella che derivava dagli osservatori le cui descrizioni del vero non erano alterate da presunzioni o prevenzioni dottrinali.

Questa serena ed obbiettiva capacità di osservazione egli aveva ritrovato in alcuni antichi e in molti dei nostri classici come Morgagni, Torti, Lancisi, Baglivi, ch'egli godeva nel chiamare *padri della medicina.* Nutritosi delle loro opere, ne riportò la convinzione che alla medicina italiana spettava posto più degno che non le attribuissero gli stranieri, ma che soprattutto da quelle fonti dovesse la medicina italiana trarre un indirizzo suo proprio, *nazionale.* Gli accenti patriottici pieni di sdegno in sua gioventù, divennero nell'età matura fiduciosi e dignitosi. L'osservazione libera, spregiudicata, la concezione larga, la logica stringente ch'egli ammirava nei padri nostri, voleva diventassero le note caratteristiche della medicina italiana.

A noi, cresciuti nell'epoca dell'internazionalismo — per non dire del servilismo — scientifico non scesero al profondo quei sentimenti, quei voti. Avevamo la mente troppo annebbiata per penetrare l'intimo senso del nazionalismo scientifico del nostro Maestro. La rude realtà di oggi ci fa comprendere non solo la necessità di difendere il nostro patrimonio, ma la grande virtù che verrà in noi se acquisteremo la indipendenza nel giudizio, la libertà nell'azione, movendoci secondo l'indirizzo del nostro genio,

del genio che i nostri padri hanno imposto al mondo. La fede di Baccelli sia monito e guida ai medici italiani.

La *scuola romana* si distinse adunque per la precisa e minuta osservazione, per la radicata tendenza anatomica, per la fiducia accordata alle *sintesi cliniche*.

Ma il valore d'una scuola clinica dipende non tanto dai principii in cui si informa, quanto dalla capacità di adoperare il sapere per la diagnosi esatta e per la cura efficace. Merito scientifico e valore pratico non si disgiungono ormai più nella medicina moderna.

Tutti coloro che hanno seguìto Baccelli nell'esame degli infermi e nelle deduzioni diagnostiche o che hanno semplicemente assistito a parecchie sue lezioni sono rimasti ammirati delle eminenti qualità del pratico. Per la rara educazione dei sensi, nell'esame del malato ei discopriva sempre qualche dato, ch'era sfuggito all'accurata osservazione altrui e che giovava alla diagnosi. Ma più importante era il *metodo* con cui analizzava e valutava i fatti: ad ogni fenomeno riconosceva l'estensione del significato, quindi attribuiva il valore che poteva assumere nel caso presente per la concomitanza e la concorrenza degli altri dati (*oportet omnia signa contemplari*). Dalla concordante significazione dei dati anamnestici, fisici e funzionali, scaturiva la diagnosi con riferimento alla lesione organica e alle singolarità del caso concreto. Di tutto questo lavorìo poco traspariva all'uditore. Nelle sue lezioni, chiare, convincenti, la verità rifulgeva in affascinante semplicità.

A ragion veduta io intendo ad esaltare il *metodo* suo, che parte dalla minuta e precisa constatazione dei fatti, che si vale di critica severa ed acuta, ma guidata da larghi criteri e scevra di preconcetti, che mette a contributo larga dovizia di conoscenze biologiche e sicura esperienza personale per assurgere alla formola diagnostica. Lo voglio esaltare perchè racchiude le norme ch'egli insistentemente, caldamente raccomandava ai suoi scolari. È stata la forza di questa scuola. L'avrò arra sicura del suo avvenire.

L'intuito felice, la sicurezza di sè, la determinatezza dei criteri, lo guidarono nei procedimenti che introdusse in terapia. Ardimentosi, e giudicati a volta a volta persino arrischiati (l'apertura degli empiemi, la cura meccanica degli aneurismi, le inalazioni di ossigeno, la introduzione dei rimedi eroici nelle vene), formano il patrimonio della clinica di Baccelli.

Un'alta nota sentimentale ispirava, dominava l'opera del nostro maestro: il senso di umanità. Dalla miseria individuale risaliva alla collettività come dalla casistica s'innalzava ai problemi biologici. Nel suo programma politico rifulgeva la ricerca fattiva del miglioramento e della felicità sociale. In Baccelli la *medicina clinica* si fuse amorosamente con la *medicina politica*.

Se il maestro, impersonando la Scuola romana, la sublimò col suo genio, nelle linee direttive e nel metodo logico e nelle applicazioni pratiche, le impresse caratteri singolari che restano eredità preziosa ai suoi scolari e alla medicina nazionale.

(*Continua*).

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE 0134 - 2ª ARMATA.

Il drenaggio per via crurale nelle peritoniti consecutive a ferite della regione inguino-crurale penetranti.

PUGLISI-ALLEGRA prof. STEFANO,
Maggiore medico, direttore.

Le ferite della regione inguino-crurale penetranti nell'addome sebbene non si verificano con una notevole frequenza, pure sono molto pericolose, perchè spesso per la direzione della ferita e per l'apparente loro lieve entità, la diagnosi di penetrazione non si fa in primo tempo, ma solo al primo accenno ai fatti di risentimento peritoneale, specialmente quando ai posti di smistamento vi è molta ressa di feriti.

Ho avuto l'occasione di trattare otto casi di tal genere, pervenuti all'ospedale dalle 16 alle 24 ore dal ferimento, nei quali già esistevano fatti di reazione peritoneale più o meno accentuata e presenza di versamento addominale, con esito soddisfacente, applicando ampio drenaggio per via crurale attraverso la fossa ileopettinea, seguendo molte volte il tragitto della ferita, convinto che tale manovra realizzi le migliori condizioni di fognatura della cavità peritoneale ed impedisce il ristagno degli essudati.

Tale intervento rapido e semplice è stato da me eseguito sotto ebbrezza eterea al solo fine di drenaggio peritoneale, tutte le volte che lo stato generale dell'infermo era grave e non permetteva altro trattamento; è stato accoppiato alla laparatomia laterale o mediana prima che fossero trascorse le 24 ore dal ferimento, e tutte le volte che le condizioni del ferito davano affidamento di sopportare l'atto operativo,

che ho avuto cura di eseguire nella maniera più rapida.

L'operato è stato sempre tenuto in posizione semiseduta ed ho cercato di rialzare lo stato generale con iniezioni eccitanti, ipodermoclisi, somministrazione di alcoolici, clisteri di brodo e digitale.

Ho adoperato un drenaggio misto costituito da un tubo di gomma resistente (catetere Nelaton n. 28) circondato da garza, cercando di mantenere la medicatura alquanto umida a fine d'impedire che coll'addensarsi dell'essudato per opera dell'evaporizzazione, il drenaggio diventasse meno efficace.

La tecnica molto semplice: incisione curvilinea base in alto corrispondente alla base del triangolo di Scarpa. Scoperto il legamento di Poupart e la fascia iliaca, viene incisa questa ed i muscoli psoas ed iliaco spostati verso lo interno.

Riconosciuto attraverso il legamento di Poupart, che se è molto teso e resistente può essere sbrigliato, il culdisacco peritoneale viene stirato ed aperto.

Quando contemporaneamente si è praticata la laparatomia, la manovra combinata fa riuscire l'atto operativo di molta più semplice esecuzione. È conveniente farsi spazio verso la lacuna *muscolaris* senza spostare molto i vasi crurali, per non avere fatti di decubito per la presenza del drenaggio.

I casi trattati con la pura e semplice laparatomia per via crurale sono in numero di cinque con quattro guarigioni, quelli in cui si è associato l'intervento per via addominale tre: in un primo caso si praticò il taglio pararettale destro e la sutura del cieco ferito, negli altri due casi il taglio mediano procedendo alla sutura della vescica nel primo, ad enterorafie multiple nel secondo. Si ebbe guarigione nel primo caso, nel secondo l'esito letale avvenne per pulmonite al quinto giorno dall'intervento, quando erano scomparsi i fatti peritonitici e le condizioni generali davano affidamento di guarigione.

A mio giudizio la bottoniera peritoneale per via crurale rappresenta il metodo di scelta nelle ferite inguino-addominali che datano da oltre 24 ore; essa può associarsi alla laparotomia per la cura delle lesioni dei visceri interni, quando non siano trascorse le 24 ore e le condizioni generali sono buone.

Non mi pare azzardato preconizzare che il drenaggio crurale possa essere utile in tutti i casi di peritonite perchè realizza la fognatura della cavità addominale nel punto più declive.

Zona di guerra, 14 ottobre 1917.

(8)

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI BOLOGNA.
Colonnello dott. ROSSINI, direttore.

L'uso del catrame nella prima medicatura nelle ferite.

Dottori MANTOVANI e MANZINI.

Il nostro direttore d'ospedale, signor colonnello dott. Rossini, avendo consigliato l'uso del catrame nella prima medicatura delle ferite, diede autorevole e valido impulso a queste ricerche, che hanno lo scopo di confortare, con prova sperimentale, l'asserto terapeutico. Ed a noi parve di poter dare ai risultati conseguiti il loro giusto valore, perchè, oltre al disporre di un materiale adatto alle ricerche, cercammo di aggiungere al reperto clinico quello batteriologico, come naturale complemento. Gli esperimenti furono eseguiti in operai militari che, per il loro mestiere, vanno facilmente soggetti a lesioni traumatiche di diversa entità, e nei quali una lunga e precedente osservazione aveva dimostrato, che la maggior parte delle loro ferite erano infette. Applicammo il catrame vegetale nella prima medicatura di 50 infortunati: 34 con lesioni superficiali guarirono in un periodo di tempo, variabile da tre giorni a dieci; e il maggior tempo impiegato nella guarigione fu solo in rapporto alla estensione delle lesioni: 14 con lesioni profonde, con interessamento di muscoli, guaine tendinee, sinoviali e periostio, e talora asportazione di parti molli; di questi solo in tre si ebbe leggera suppurazione, e tutti guarirono in un periodo di tempo non maggiore di quindici giorni. Un infortunato, con lesione del III e IV dito, fu curato con l'applicazione di tintura di jodio nel III dito, e di catrame vegetale nel IV: in questo s'ebbe la guarigione in un periodo di tempo inferiore della metà dell'altro, dove si determinò una discreta suppurazione siero-purulenta.

Nella cura di due patereeci ungueali l'uso del catrame vegetale in uno valse ad arrestare il processo infettivo, in modo da risparmiare la caduta dell'unghia; nell'altro, per contrario, la virulenza del processo settico, impose di asportare l'unghia chirurgicamente.

In un processo flemmonoso dell'avambraccio, seguito a ferite lacero-contuse, l'uso del catrame provocò la completa defervescenza dell'infezione, scomparve l'edema, i tessuti ripresero la loro vitalità e, ben presto, la comparsa di granulazioni lussureggianti assicurò l'esito felice.

Le ricerche batteriologiche furono eseguite sempre prima dell'applicazione del catrame e

subito dopo la prima medicazione, quando la non ancora completa reintegrazione anatomica dei tessuti lo permise. L'esame culturale delle lesioni, appena avvenute, diede a vedere nell'80 % la presenza di germi sempre aerobi e per lo più cocchi che, per il loro modo di comportarsi nel brodo ordinario, nel brodo al sangue e nel latte, furono identificati per stafilococchi, alle volte soli, alle volte associati ai comuni microrganismi della pelle. Raramente fu trovato lo streptococco e quasi sempre associato ad altri cocchi. Nelle lesioni poi che subirono l'azione del catrame e nelle quali fu possibile ripetere l'esame culturale per la presenza di secrezione sierosa o siero-purulenta, nel 35 % si dimostrò la presenza di germi patogeni e sempre dello stafilococco puro o associato ai germi della pelle quali: *Enterococco, Diplococcus griseus, M. candidus, B. cutis comunis.*

L'impiego del catrame nella prima medicatura delle ferite, a nostro avviso, è da raccomandarsi anzitutto perchè ostacola la vita, la moltiplicazione e la funzione dei microrganismi. Nei nostri infortunati le complicazioni settiche furono ridotte e sempre limitate a soli accidenti purulenti; mancarono costantemente e non si ebbe nessun accenno ad accidenti putridi. E tutti i nostri assistiti lavoravano in ambienti particolarmente favorevoli agli inquinamenti: macellai, disossatori, ecc.

Per quanto non si possa pretendere di sterilizzare una ferita infetta, tuttavia modificare l'evoluzione propria subordinata al germe, è già la guarigione quasi assicurata. E poterlo fare con un medicamento, quale il catrame, che non deprime la vitalità dei tessuti, che non impedisce la difesa leucocitaria nelle sue varie tappe e nei suoi complessi e benefici uffici, che ostacola la prolificazione microbica e che di fronte alle altre sostanze proposte e usate, ha il vantaggio del minor costo, rappresenta un progresso reale nella cura delle ferite, intorno alle quali l'ultima parola non è ancora stata detta. E noi ci auguriamo che anche nelle ferite di guerra, dove già si iniziò una larga applicazione del catrame nella prima medicatura, il risultato corrisponda alle speranze concepite.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BILANCIONI, *Metodo semplice per la cura radicale degli ascessi peritonsillari;*

E. BORELLI, *Le iniezioni mercuriali nella cura del sodoku;*

R. MOSTI, *Il trattamento delle ferite di guerra col siero antipiogeno polivalente;*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CHIOGGIA.

Voluminosa cisti dermoide semplice a sviluppo retroperitoneale

per il prof. dott. RODOLFO VIGLIANI,
Chirurgo primario e Docente di Patologia chirurgica presso la R. Università di Padova e maggiore medico.

Le cisti dermoidi semplici, quelle cioè che contengono solamente i derivati dal foglietto ectodermico, di grande volume a sviluppo retroperitoneale e completamente indipendenti dalle ghiandole sessuali, costituiscono una rarità clinica. Perciò mi sembra opportuno di descrivere il caso che io ebbi la opportunità di osservare e nel quale l'intervento chirurgico fu seguito da guarigione.

Si tratta di una ragazza d'anni 21 (P... A..., da S. Anna di Chioggia).

Nulla di interessante nell'anamnesi famigliare e nella personale. Mestruò regolarmente a 11 anni e le successive mestruazioni furono sempre regolari per quantità, qualità ed epoca di ritorno. Dai parenti venne notato che la paziente fin da bambina aveva l'addome alquanto voluminoso. Tale volume andò gradatamente aumentando e negli ultimi 5 o 6 anni più rapidamente fino a raggiungere le proporzioni attuali. Questo stato di cose non arrecava all'inferma disturbi di sorta; le funzioni digestive ed orinarie si compivano normalmente per cui i parenti non pensarono di ricorrere al parere di un sanitario. Si fu soltanto negli ultimi mesi che la paziente ricorse a me per consiglio. A questa risoluzione fu spinta dal fatto che essa essendo conscia della sua onestà, voleva porre fine alle malignità che nel suo paese si facevano riguardo all'aumentato volume del suo ventre.

Dall'esame obbiettivo risulta che l'ammalata è di costituzione scheletrica regolare, di buona nutrizione, con colorito roseo-pallido della cute e delle mucose visibili.

L'esame del capo, del torace e degli arti è negativo.

L'esame dell'addome fa rilevare quanto segue:

Alla ispezione si avverte che il volume del ventre è uniformemente aumentato in tutto l'ambito con maggiore sporgenza sulla linea mediana alla regione ombelicale. La circonferenza dell'addome a livello dell'ombelico misura cm. 120. L'ombelico non è disteso nè spianato. Non si nota abnorme sviluppo del circolo venoso sottocutaneo. Alla palpazione la massa che occupa la cavità addominale risulta di una consistenza pastosa. Manca la sensazione della fluttuazione. Esiste scarsa mobilità durante le escursioni respiratorie.

Alla percussione si ha suono ottuso in tutto l'ambito eccetto che nelle due regioni ileo-costali ed all'epigastrio dove si riscontra risonanza timpanica dovuta al colon spinto ai lati,

ed allo stomaco ed al tenue spinto in alto. L'area di ottusità non si modifica facendo variare il decubito dell'ammalata. Il fegato e la milza si trovano nei limiti normali.

Con l'esame bimanuale dei genitali interni si nota che la mano in vagina riscontra la bocca, il collo dell'utero ed i fornici vaginali in condizioni normali, la mano posta sul ventre non riesce ad esplorare il corpo dell'utero e gli annessi a cagione di una massa che gli gravita sopra.

Durante i giorni di osservazione l'ammalata si mantenne sempre apiretica.

L'esame delle orine e delle feci risultò negativo.

Si pensò che la tumefazione partisse dal tessuto retroperitoneale senza poter fare una diagnosi esatta di natura e col consenso della paziente che insisteva per essere liberata dalla sua infermità, si decise di fare una laparotomia esplorativa nell'intento poi di indirizzare la cura chirurgica a seconda del caso.

Operazione: 18 ottobre 1916. Cloronarcosi.

Laparotomia mediana. Aperto il ventre, si nota subito che il tumore è a sviluppo retroperitoneale, e si estende dalla cavità del bacino verso la cupola del diaframma. È ricoperto dal peritoneo parietale sul quale si distendono i grossi vasi del mesentere.

Fatta una breccia nel peritoneo parietale rivestente il tumore in un punto privo di vasi di importanza si riesce a tirar fuori da questa breccia una parte del tumore che viene inciso avendo prima isolato accuratamente mediante compresse la cavità peritoneale.

Si constata così la presenza di una enorme cisti da cui si estrae della sostanza sebacea in grande quantità per il peso di kg. 10.

Vuotata in gran parte la cisti, si tenta di isolarne la parete andando dal basso verso l'alto.

Nella parte alta del bacino l'isolamento riesce abbastanza facile ed in pari tempo si ha campo di notare la assoluta indipendenza di questo tumore dai genitali interni. Continuando l'isolamento si risale man mano verso l'alto incontrando sempre maggiori difficoltà, finchè arrivati verso la regione pancreatica si deve desistere per non ledere organi di vitale importanza.

Stirata così fuori dalla ferita addominale la maggior parte possibile della parete cistica questa viene escisa marsupializzando la parte rimanente all'angolo inferiore della ferita e ponendovi un grosso tubo a drenaggio di gomma.

Sutura a strati della parete addominale.

Decorso post-operatorio. — Il decorso post-operatorio fu ottimo. L'ammalata si mantenne sempre apiretica. In ottava giornata si tolsero le suture.

Nelle successive medicazioni dalla fistola ottenuta continuò ad uscire sostanza sebacea. Questa secrezione andò sempre diminuendo fin chè ebbe a cessare.

Esame anatomico. — La parete cistica fu fissata in formolo.

Le sezioni praticate perpendicolarmente alla sua superficie furono colorate con ematossilina, eosina e con van Gieson.

All'esame microscopico risultò che tali sezioni avevano una struttura identica a quella della cute, e cioè che si potevano benissimo dividere in due strati: derma ed epidermide.

Nel derma si trovarono degli alveoli di ghiandole sebacee, costituite da un involucro connettivale che conteneva cellule epiteliali di forma poligonale con nucleo piccolo e protoplasma provveduto di numerose goccioline adipose. Mancavano i follicoli dei peli.

Nell'epidermide si poterono distinguere benissimo tutti gli strati, e cioè: strato corneo, strato lucido, strato granuloso, strato spinoso e strato cilindrico.

Il contenuto della cisti era dato da una poltiglia butirrosa, compatta, untuosa, di colore giallastro che esaminata al microscopio risultò essere formata da epiteti desquamati, sfere di grasso e cristalli di colesterina.

Mi sembrò opportuno di riferire il caso clinico in questione perchè consultando la letteratura medica sull'argomento, notai come le cisti dermoidi pure siano piuttosto rare, mentre spesso quelle descritte come tali contengono frequentemente delle parti teratoidi.

Ehler osservò due casi di cisti retroperitoneali. Nel primo riscontrò una degenerazione maligna della cisti che rese impossibile la totale estirpazione. Nel secondo caso la cisti dermoide era situata in vicinanza del rene sinistro. Ambedue i tumori erano a sviluppo intramesenteriale.

Nella società chirurgica di Breslavia del 1914 Mieczkowski riferì il caso di una signorina di 41 anni che venne al tavolo operatorio con diagnosi di ascesso da appendicite. Trattavasi invece di una cisti dermoide suppurata retroperitoneale localizzata alla regione lombare destra.

Weil riferì sopra una voluminosa cisti dermoide retroperitoneale in un giovane di 14 anni situata in vicinanza del rene sinistro e che conteneva: colestearina, ossa, denti.

Kaposi estirpò una cisti dermoide retroperitoneale del peso di 14 libbre in una giovanetta di 14 anni.

Pakowsky tratta delle cisti dermoidi del mesentere sulla base di una sua osservazione e di altri 29 casi della letteratura. Distingue le cisti in intra ed extramesenteriche e considera come dermoidi tutte le formazioni teratoidi.

In generale si può dire che le cisti dermoidi semplici che contengono solo i derivati dell'ectoderma sono congenite.

La loro origine può risalire a separazione di parte dell'ectoderma in corrispondenza della fessura addominale embrionale, a resti ectodermici in vicinanza del corpo di Wolff, il quale per un certo tempo nel terzo medio ed interno è in rapporto coll'ectoderma, ed infine ad inclusione di tessuti retrorettali.

L'eredità non ha importanza, l'età più fre-

quente è quella giovanile, il sesso femminile ha una maggiore preponderanza.

Questi dermoidi sono di struttura semplice. La loro forma è per lo più rotondeggiante, talora allungata o piriforme, talora presentano un peduncolo che può essere rivolto verso la colonna vertebrale; sono di diversa grandezza, in media di quella di un arancio; spesso hanno aderenze con gli organi vicini.

La loro sede è variabile, più frequentemente nel mesentere dell'angolo duodeno-digiunale.

Lo spessore della parete varia oscillando intorno a mezzo centimetro.

La costituzione della parete è analoga a quella della pelle con i suoi annessi; sulla sua superficie interna esiste un epitelio pavimentoso, i follicoli dei peli, le ghiandole sebacee e sudoripare non sono ugualmente sviluppate.

Il contenuto di solito è una poltiglia butirrosa, compatta, untuosa, il colore varia dal giallo al cioccolato in seguito ad emorragie, risulta costituito di grasso e peluria.

Microscopicamente si rinvengono epiteli desquamati più o meno degenerati, cellule cornee, sfere di grasso, corpuscoli rossi e bianchi, cristalli di colesterina.

Nel nostro caso dato il grande volume della cisti è difficile stabilire con precisione il punto di partenza del tumore.

Molto probabilmente esso si sviluppò nel mesentere in vicinanza dell'angolo duodeno-digiunale da un germe ectodermico che accompagnava il corpo di Wolff. La costituzione della parete riproduce quella della cute, e dei suoi annessi non si trovano che ghiandole sebacee.

Mancano i follicoli dei peli e le ghiandole sudoripare. In tesi generale le ghiandole sebacee sono degli annessi dei peli, ma esse possono anche nascere direttamente dall'ectoderma, cioè senza essere annesse a germi piliferi. Così le ghiandole sebacee della mucosa delle labbra, del prepuzio e del ghiande compaiono come bottoni pieni dell'epitelio cutaneo.

BIBLIOGRAFIA.

F. EHLER. *Zur Kenntniss der retroperitonealen Dermoidcysten.* Langenbeck's Archiv Bd. XCII. Hft. 1.

MIECZKOWSKI. *Beiträge zur Klinik und Lokalisation der Dermoide.* Congresso Chirurgico di Breslavia. Giugno, 1914.

WEIL. Ibidem, 1914.

KAPOSI, *Retroperitoneales Dermoid.* Ibid. 1914.

I. PAKOWSKY. *Les kystes dermoïdes du mésentère.* Arch. générales de chirurgie, 1912, VI.

Pubblicheremo prossimamente:

M. RIZZI, *Meningitici guariti con le iniezioni intra-rachidee di siero antimeningococcico.*

SUNTI E RASSEGNE.

I disturbi oculari subbiettivi e la loro interpretazione.

(A. I. BALLANTYNE. *The medical Review*, 1917, n. 2).

I disturbi oculari subbiettivi possono distinguersi in tre gruppi:

1. Dolori ed altre forme di sofferenze oculari;
2. Disturbi della visione;
3. Sintomi extraoculari riferiti agli occhi.

Dolori. — I dolori oculari sono di due tipi: sensazione di corpi estranei e neuralgia oculare. La sensazione di corpo estraneo è sempre l'indice di una lesione della cornea o della congiuntiva. È raro che essa sia l'espressione di altre malattie come l'iridite, la ciclite o il glaucoma. Il tipo neuralgico localizzato al sopracciglio, alla tempia o alla regione malare è un segno caratteristico del glaucoma o delle infiammazioni dell'iride e del corpo ciliare, ma può avere anche un'altra origine. Esso accompagna spesso un'affezione puramente corneale, specialmente quando è leso solo l'epitelio o lo strato più superficiale dello stroma corneale, come nelle abrasioni o nei varî tipi di cheratiti vescicolari. Ma la lagrimazione e la dolorabilità all'aria ed alla luce (fotofobia) vi sono di solito molto più pronunziate che nelle affezioni dell'iride e del corpo ciliare.

Se la istillazione di poche gocce di cocaina calma il dolore, questo è quasi certamente corneale o congiuntivale: l'anestetico nello stesso tempo farà scomparire la fotofobia e permetterà l'esame della cornea facendo rilevare le eventuali abrasioni, che saranno messe meglio in evidenza con la istillazione di una goccia di fluorescina ed osservando con la illuminazione focale e con l'uso di lenti d'ingrandimento.

Queste considerazioni si applicano specialmente nei casi nei quali la neuralgia circumorbitale è accompagnata da iperemia o altri segni di malattia locale come la congiuntivite acuta, il glaucoma acuto, l'iridociclite acuta, le malattie ed i traumi della cornea.

Nella maggioranza dei casi di neuralgia oculare, nell'assenza di iperemia, di fotofobia, di lagrimazione, la causa deve essere ricercata in un errore di rifrazione; ma non deve essere dimenticato che un dolore neuralgico, di solito intermittente e di grado moderato, è uno dei primi segni del glaucoma cronico o semplice. Talora esso può essere anche il segno precursore di un attacco di herpes zoster nell'area di

distribuzione del trigemino. In questi casi è affetto il ganglio di Gasser, e, oltre il dolore oculare e la neuralgia orbitale, c'è spesso una cefalea profonda unilaterale. La prima indicazione della causa della cefalea e della neuralgia è la comparsa di macchie rosse o di una linea sinuosa rossa sulla pelle della fronte, della guancia e del naso, sulle quali si svilupperanno subito dopo dei gruppi di vescicole erpetiche. Anche sulla cornea dell'occhio dello stesso lato possono formarsi delle vescicole con le conseguenti ulcere.

Un altro tipo di dolore oculare, che nella sua localizzazione apparente è piuttosto orbitale, è *la sensazione come se il globo oculare fosse troppo grande per la cavità orbitale*. Esso s'incontra in modo tipico in alcune forme di scleriti profonde, di tenoniti e nei primi stadî dell'infiammazione dell'orbita e costituisce un indice di queste affezioni anche quando coesiste una congiuntivite.

Un'altra forma di dolore localizzato profondamente si ha nella neurite retrobulbare acuta. Quest'affezione si può presentare nella sclerosi a placche, nella sinusite sfenoidale e nelle tossiemie. Di solito non è accompagnato da altri fatti obbiettivi ed anche l'esame oftalmoscopico risulta negativo. I soli sintomi sono il dolore profondo e la diminuzione della vista. Ma essi sono sufficienti per la diagnosi specialmente se il dolore si manifesta o esacerba movendo improvvisamente gli occhi da un lato all'altro o se si esercita una pressione dall'avanti in dietro sul bulbo oculare.

Si è già accennato che la sensazione di corpi estranei nell'occhio si può avere anche quando questi non vi sono affatto. In tali casi si può trattare di affezioni superficiali della cornea, abrasioni o ulceri, nelle quali lo sfregamento dalla palpebra superiore sulle parti erose o abrase produce una sensazione precisamente simile a quella causata da corpi estranei. D'altra parte nelle congiuntiviti acute semplici la sensazione è piuttosto di bruciore, o, quando ci sono piccole lesioni multiple dell'epitelio corneale, si ha sensazione come se gli occhi fossero pieni di sabbia: essa è anche più caratteristica in alcune forme di congiuntivite cronica. Ed al riguardo è interessante notare il contrasto fra le congiuntiviti acute e croniche: mentre nelle prime i segni obbiettivi predominano e le sofferenze si limitano ad una sensazione generica di bruciore e di pena, nelle forme croniche invece i disturbi subbiettivi possono prendere proporzioni gravi anche quando all'esame non si rileva che una moderata iperemia congiuntivale.

Anche le variazioni nel carattere e nella sede del dolore possono essere un valido ausilio alla diagnosi ed una guida al trattamento. Nelle congiuntiviti dopo un periodo variabile nel quale si sono avute la caratteristica iperemia, la secrezione e le note sofferenze subbiettive può improvvisamente comparire un intenso dolore oculare. Questo ordinariamente indica la formazione di un'ulcera corneale, una complicazione non rara della congiuntivite catarrale. In tali casi per lo più il trattamento non deve essere modificato, tutt'al più si istillerà della cocaina e si farà il trattamento topico dell'ulcera: mai deve esesre praticato il bendaggio dell'occhio. Talora al dolore o alla sofferenza della congiuntivite catarrale si aggiunge un elemento neuralgico. Questa potrà essere determinata da un'iperemia dell'iride, o da una vera irite dipendente dall'assorbimento di tossine dal sacco congiuntivale. L'iride può essere scolorata, la pupilla impiccolita o torpida, e l'applicazione di un midriatico farà rilevare la esistenza di sinechie posteriori. Per questa complicazione conviene aggiungere al precedente trattamento le instillazioni di atropina. Talora anche l'inizio di un glaucoma secondario è indicato dalla comparsa di un grave dolore neuralgico ed è confermato dall'aumento della tensione oculare e dalla congestione dei vasi ciliari. Questa complicazione di solito si ha nel corso di alcune infiammazioni della cornea, della congiuntiva, dell'iride o del corpo ciliare in individui di età media o avanzata quando viene usata l'atropina.

I dolori lancinanti o pungenti dentro o intorno all'occhio raramente sono un sintomo di gravi affezioni intraoculari; possono indicare la esistenza di corpi estranei e talora di una forma molto superficiale di sclerite. E bisogna pur ricordare che dolori di tal genere si hanno pure nell'orzaiuolo, i cui sintomi iniziali vanno da un arrossamento ad una tumefazione della palpebra.

Un altro gruppo abbastanza grande e vario di sintomi si comprende sotto il nome di astenopia o di stanchezza di vista: dolori di qualsiasi specie e localizzazione possono incontrarsi nei difetti di accomodazione o più raramente nell'affaticamento della retina.

Ma oltre ai difetti di rifrazione nella etiologia dell'astenopia si incontrano altri fattori. L'esaurimento in conseguenza di malattie, gravidanza, allattamento, può essere accompagnato da sintomi astenopici. E son principalmente i leggeri gradi di ipermetropia e di astigmatismo che si manifestano per primi in tali circostanze, e quando l'individuo si avvicina all'età

della presbiopia si ha un'anticipazione dei disturbi della medesima. In tali casi tutte le sofferenze scompaiono con l'uso di lenti adatte. Nel periodo presbiopico spesso la stanchezza oculare si manifesta sotto forma di una congiuntivite cronica o di blefarite. Il paziente accusa sofferenze oculari variamente descritte come senso di bruciore, di puntura, di secchezza talora accompagnate da lagrimazione e fotofobia. Anche questi disturbi compresi i segni proprî della blefaro-congiuntivite scompaiono con l'uso di lenti adatte.

Disordini della visione. — Per accertare le cause della diminuzione dell'acutezza visiva, ossia per determinare se essa dipende da un vizio di refrazione o da una malattia organica occorre sempre praticare l'esame oftalmoscopico. Ordinariamente l'acutezza visiva si misura con le tavole di Snellen. Se un soggetto non è capace di riconoscere alla distanza di 6 m. tutti i segni di dette tavole, ma può leggere da vicino gli ordinarî caratteri da stampa, si tratta di un miope. Se invece egli legge tutti i segni della tavola di Snellen ma non può leggere da vicino si tratta di un ipermetrope o di un presbite. Nell'ipermetropia talora anche la lettura a breve distanza è impossibile, ma ciò avviene di regola negli individui anziani.

L'astigmatismo sia ipermetropico che miopico tende a produrre diminuzione della vista a tutte le distanze. Il fenomeno caratteristico dell'astigmatismo è che i segni assumono una differente chiarezza a seconda dei varî meridiani della loro direzione.

In rapporto al fatto che la diminuzione dell'acutezza visiva nei vizî di rifrazione è determinata dalla formazione dei circoli di diffusione, il miope tende conscientemente o incoscientemente a diminuire il campo della visione restringendo la rima palpebrale. Il miope quindi assume un atteggiamento che fa contrasto con la mimica dei soggetti nei quali il difetto visivo è causato dall'atrofia ottica o dal glaucoma: questi ultimi sporgono gli occhi e dilatano le palpebre.

Talora anche quando la visione è perfetta o la eventuale diminuzione è corretta dalle lenti può esistere una grave malattia oculare. Nel glaucoma cronico semplice ad es. che ha spesso un'inizio insidioso ed oscuro, i primi sintomi subbiettivi non hanno nulla di caratteristico ed in molti si può correggere del tutto a mezzo di lenti la visione centrale. E talora anche l'esame più completo può riescire negativo perchè può accadere che manchino la midriasi, la diminuzione di profondità della camera anteriore e l'escavazione della pupilla. Le stesse difficoltà diagnostiche non di rado s'incontrano anche nella neurite ottica e nelle malattie della retina e della coroide.

Un sintomo che si può avere nel glaucoma semplice, e che deve mettere sull'avviso, è la continua richiesta da parte del paziente di lenti sempre più forti. Ciascuna lente sembra per il momento buona ma con l'uso diventa inadatta. Questo fenomeno è in rapporto con sempre nuovi attacchi di aumento di pressione endoculare col conseguente edema dell'epitelio corneale.

Del resto molti hanno l'abitudine di mutare di tanto in tanto le loro lenti: al riguardo bisogna notare che si può ritenere come normale il mutamento di una diottria ogni 5 o 6 anni in individui dell'età di 40-60 anni.

La richiesta di una più rapida modificazione di lenti deve far sospettare la esistenza di una condizione morbosa come il glaucoma, la cataratta incipiente, l'ambliopia tabagica, alcoolica o da altri veleni. Nella cataratta si può verificare il fenomeno che il soggetto ipermetropico chiede lenti sempre più deboli e ciò in rapporto alla modificazione nella rifrazione del cristallino, che tende a rendere miopi gli occhi.

Gli attacchi ricorrenti o transitorî di diminuzione di vista possono essere provocati da disturbi di lieve importanza, ma possono avere anche un grave significato. Tra i più semplici esempî di oscuramento della vista va ricordato quello dipendente dall'eccesso di secrezione dalla congiuntiva o dal sacco lagrimale. In tali casi lo stesso paziente comprende la causa della diminuzione della vista, ma in certi casi di congiuntivite cronica si spande sulla cornea un velo così delicato di secrezione e di detriti epiteliali che il paziente non sa darsi una spiegazione del disturbo, il quale ha questo di caratteristico che si ha principalmente al mattino e scompare gradatamente per l'azione meccanica delle palpebre e delle lagrime. Anche la stanchezza di accomodazione, negli individui che lavorano fissando oggetti vicini, può dare una diminuzione temporanea della vista, che scompare col riposo. Anche l'embolismo e la trombosi dei vasi centrali della retina sono precedute da attacchi transitorî di diminuzione del visus, evidentemente dovuti a temporanei restringimenti dei vasi di natura spasmodica.

Fenomeni analoghi possono essere determinati da spasmo o altri disturbi dei vasi che si distribuiscono alla zona visiva della corteccia cerebrale. A fatti analoghi si possono attribuire gli scotomi centrali scintillanti ed altri strani disturbi del campo visivo.

Questi casi, almeno per la sede dei disturbi circolatorî, si possono riferire all'emicrania, che

in molti casi guarisce mediante l'uso di adatte lenti.

Anche nella neurite ottica e nella pupilla da stasi il primo sintomo può essere costituito da attacchi di diminuzione della vista.

Sintomi extra-oculari. — Il più importante sintomo extra-oculare che ha rapporto con gli occhi è la cefalea. La cefalea oculare non ha nulla di caratteristico: essa può essere frontale, temporale, parietale, occipitale, verticale; ma il più delle volte è frontale e occipitale e solo questo fatto richiama l'attenzione sulla possibile relazione con un disturbo oculare. La diagnosi diventa certa solo quando il dolore pare avere per centro l'occhio ed irradiarsi alla testa, o quando sopravviene dopo un lungo sforzo di accomodazione o oculomotore. La cefalea oculare ha in alcuni lavoratori che affaticano i loro organi visivi come nei macchinisti, nei disegnatori, nei contabili, nei maestri una caratteristica periodicità nel senso che mentre al mattino essi ne sono liberi, ne soffrono intensamente la sera dopo il lavoro. Anche il lavorare in vettura o in treno, il visitare gallerie di quadri, il teatro, il cinematografo, possono provocare la cefalea oculare. Si è detto che il cinematografo determini disturbi oculari, ma è più esatto dire che esso li sveli e ne renda edotti i pazienti.

Oltre questi casi nei quali il rapporto tra la causa e la cefalea oculare è evidente, ve ne sono altri nei quali tale rapporto non è facilmente rintracciabile. Occorre in questi casi fare un accurato esame dello stato di rifrazione dell'occhio. È pure possibile che la cefalea possa essere causata da mancanza di armonia nell'azione dei muscoli esterni dell'occhio, fatto che determina facilmente stanchezza e diplopia.

Si è detto che la cefalea frontale è quasi sempre oculare, ma conviene ricordare che essa può essere anche l'espressione di una sinusite: in questo caso il dolore è localizzato nella parte supero-interna dell'orbita, aumenta con la pressione della volta orbitaria ed ha una caratteristica periodicità poichè s'inizia al mattino, aumenta progressivamente durante il giorno per scomparire rapidamente la sera.

Un altro sintomo extra-oculare che può avere rapporti con disturbi visivi è la vertigine. Questa può essere determinata da sforzi di accomodazione e può scomparire con la correzione di un difetto di refrazione. Anche gli individui affetti da paresi di uno o più muscoli esterni dell'occhio soffrono frequentemente di vertigini. Ad ogni modo nei soggetti sofferenti di vertigine l'esame dell'occhio deve essere praticato perchè nell'assenza di disturbi della refrazione o dell'oculomozione esso può mettere in evidenza con l'oftalmoscopio eventuali alterazioni del fondo che sono indice dell'arterio-sclerosi.

Ma a parte questi disturbi le cui relazioni con vizî oculari non possono essere messe in dubbio, l'A. ritiene che anche in quelle affezioni come il temperamento spastico, l'emicrania, la cornea, l'epilessia, l'insonnia, ecc., in cui c'è una condizione d'instabilità o irritabilità di qualche parte del sistema nervoso è buona pratica rimuovere tutte le possibili cause d'irritazione, ed a questa categoria appartengono gli errori di refrazione ed i disturbi dell'oculomozione. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 novembre 1917.

Comunicazioni scientifiche.

Sul diritto d'imperio nella cura medica e chirurgica dei soldati.

Prof. D. BARDUZZI. — Esposto sinteticamente lo stato della questione, ha dimostrato che la guerra attuale ha fatto più chiaramente manifesto quanto ne sia necessaria una chiara e precisa soluzione.

Fra i due criteri direttivi che si contendono il campo, cioè quello della persuasione, rispettando la massima generale del diritto alla incolumità personale, non troppo a proposito, e l'altro del diritto nel medico militare di imporre la cura indispensabile o medica o chirurgica per la guarigione, od il sicuro miglioramento, l'A. è d'avviso, che in non pochi casi si debba, con tutte le cautele più minute, fare uso del *diritto d'imperio,* specialmente con i simulatori, o con quelli che si oppongono ostinatamente ad ogni intervento medico o chirurgico e perfino all'anestesia a scopo diagnostico, ed anche alla Wassermann, alla Noguki, alla Pirquet, ed alle iniezioni curative antisifilitiche ed antiblenorragiche.

A sostegno della sua tesi invoca fatti indiscutibili, e propone che i militari malati da essere operati si debbano per maggiori garanzie inviare in Ospedali centrali chirurgici provvisti di tutti quanti i mezzi clinici più perfezionati, e diretti da chirurghi valentissimi.

Crede però che per una soluzione decisa della questione sia necessario un provvedimento legislativo, od anche un Decreto luogotenenziale che disciplini chiaramente l'uso del diritto d'imperio nei medici militari.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi eziologica delle nefriti croniche.

L'eziologia delle nefriti acute (Arthur R. Elliott, *Journ of Am. med. Assoc.*, 30 giugno), è generalmente chiara: salvo i casi di avvelenamenti acuti per irritanti chimici (sublimato corrosivo) la causa invariabile dell'infiammazione acuta dei reni viene ascritta all'invasione batterica da qualche focolaio situato altrove. Il microrganismo patogeno è, di solito, lo streptococco, e l'eziologia va ricercata in una tonsillite, reumatismo, endocardite e simili: spesso nell'urina si trovano gli streptococchi.

La divisione fra nefriti acute subacute e croniche dal punto di vista anatomico non è ben netta; esse appaiono come gradi differenti di uno stesso processo. Sarebbe quindi da aspettarsi che uguale ne fosse l'eziologia, ciò che però non è provato, sopratutto per le grandi difficoltà, che s'incontrano nello stabilire un'anamnesi sicura. Il periodo di tempo intercorrente fra la infezione primitiva e l'investigazione clinica nei casi cronici rende ben difficile lo stabilire il legame tra causa ed effetto, senza contare che l'infezione primitiva può venire trascurata o dimenticata, oppure anche se attualmente persistente può essere di entità così minima da rendere frustranee le investigazioni.

Oltre a ciò, è ben arduo l'apprezzamento giusto dei varii incidenti infettivi nella vita del paziente; così p. e. può darsi il caso di un individuo che ha avuto 15 anni prima una ferita grave con setticemia, sei anni prima un'artrite, cinque anni prima una gonorrea e presenta attualmente piorrea alveolare. Un altro ha avuto ripetuti attacchi di tonsillite, una poliartrite e presenta reazione di Wassermann spiccatamente positiva. Quale è il momento eziologico della lesione renale?

Un altro punto da determinare è l'influenza della sifilide. È ben difficile rispondere se la reazione di Wassermann positiva debba venire accettata come prova dell'origine sifilitica. Le lesioni sifilitiche sicure, come le gomme, sono rare nei reni. È bensì vero che sono state osservate delle forme acute o subacute di nefrite nella sifilide recente, ma i tentativi di dimostrare le spirochete nel tessuto renale sono sempre stati negativi, nè d'altra parte è provato che esse possono produrre in tale tessuto delle lesioni simili a quelle provocate da infezioni batteriche.

Più probabile appare l'importanza della sifilide nella produzione della così detta malattia cardio-vascolo-renale ipertensiva, per le tendenze sclerosanti dell'agente sifilitico.

L'A. ha esaminato 40 casi di nefrite cronica, dell'età media di 38 anni: in 18 casi vi era edema di tipo renale, in 11, uremia grave, in 5 retinite albuminurica. La prova alla fenolsulfoneitaleina dava una media del 30 % in due ore. Su 30 pazienti la Wassermann è stata positiva in 7 e negativa in 23.

Le cause vennero stabilite nell'ordine seguente: tonsillite 6; sepsi dentale 4; sifilide, pneumonite, endocardite cronica 3; ascesso pelvirettale, nefrite puerperale, pielite, foruncolosi, scarlattina, infezione cronica dei seni, pleurite, malaria, bronchite, piaghe infette dei piedi, ferita infetta con setticemia, sifilide con alcoolismo 1; sconosciute 6.

Può darsi che il numero dei casi studiati non sia abbastanza grande da garantire l'esattezza statistica, e che la classificazione eziologica non sia tanto accurata da costituire un'approssimazione della verità. Si ha però l'impressione che la nefrite cronica sia una malattia secondaria ad infezione batterica, prevalentemente se non necessariamente da streptococco. La causa originale può risiedere nella tonsillite e l'asportazione delle tonsille *può* agire favorevolmente sul decorso della malattia renale. Vi può però essere un focolaio infettivo secondario (milza, ghiandole) che mantiene la malattia renale, mentre la lesione primitiva è scomparsa.

L'A. ha anche portato le sue indagini sopra 68 casi di malattia cardio-vascolo-renale ipertensiva (nefrite cronica interstiziale).

Ha trovato estesa piorrea alveolare nel 33 %, cinque casi (su 43 esaminati) di infezione tonsillare cronica; al contrario poi, di quanto ha osservato Schottmüller, l'A. non ha riscontrato sifilide che in un solo caso su 33; Schottmüller dava invece una proporzione del 40 %. L'A. attribuisce queste differenze a probabile diversità del materiale di studio. FIL.

Sulla colica nefritica.

La nefrite di guerra (G. Rosenfeld, *Berl. Klin. Woch.*, n. 34), corrisponde per tutti i suoi sintomi a quella che chiamiamo *nefrite parenchimatosa* ed è molto simile alla glomerulo-nefrite con partecipazione dei tubuli. Nella maggior parte dei casi vi è innanzi tutto idrope, affanno, e da parte dell'urina i corrispondenti

sintomi: diminuzione della sua quantità, albumina più o meno abbondante, sangue, ed all'esame microscopico varie specie di cilindri e leucociti. L'esame microscopico è della massima importanza, ma non sempre si trovano gli elementi caratteristici: i cilindri. È notevole la comparsa di quel fenomeno che l'A. ha descritto 30 anni fa, notando che « la scarsa presenza dei cilindri può esser tale che per lungo tempo se ne trova appena qualcuno e che il sintoma più importante è l'ematuria », ciò che è stato anche da molti descritto.

Il fenomeno si manifesta in modo assai repentino: sono nefritici, che presentano rarissimi cilindri, ma sopratutto ematuria.

Queste condizioni possono durare più o meno lungamente: l'A. ha osservato urine fortemente sanguigne per parecchi giorni, come per delle settimane urine contenenti quantità insignificanti di sangue.

Questo fenomeno insieme ad un altro sintoma possono trarre in errore per la diagnosi, e l'altro sintoma, di cui la nefrite di guerra ha arricchito la sintomatologia, è costituito dai dolori crociati. I dolori sono stati già osservati di frequente nelle affezioni renali, ma come un fatto secondario; ora il caso è del tutto diverso.

I dolori conseguenti a nefrite sono di grande importanza ed essi da soli richiamano l'attenzione sui reni e possono spesso durare per dei mesi: l'ematuria ed i dolori renali costituiscono insieme i segni clinici della nefrolitiasi. Tali dolori possono trarre in inganno somigliando a quelli della colica da calcolosi biliare, mentre è in atto una nefrite. Per tali fatti spessissimo si ricorre alla radiografia di uno o di ambedue i reni dolenti, ma quasi sempre senza risultato. È stato anche moltissime volte seguito il metodo proposto dall'A. per separare i cristalli del sedimento mediante grandi dosi interne di glicerina.

Mentre nei calcoli di ac. urico gli abbondanti sedimenti di urati rivelano la natura del calcolo, nei casi di cui si tratta il metodo a nulla vale; sicchè son sempre grandi le difficoltà per una diagnosi differenziale fra colica da calcolosi renale e dolori da infiammazione renale.

Queste difficoltà di diagnosi differenziale possono anche esistere fuori dell'ambiente militare, come comprovano molti casi.

L'esperienza nei militari ha dimostrato come una nefrite talora assai lieve con ematuria e dolore renale può rimanere latente per 2 anni e manifestarsi poi tardivamente. È sempre una penosa sorpresa il dover constatare una nefrite mentre per 2 anni si era diagnosticata una nefrolitiasi, e specialmente poi quando, a causa dei continui ed intensi dolori, si pensi anche ad un intervento chirurgico. Per quanto sia importante il constatare la difficoltà di una diagnosi differenziale, per altrettanto è deplorevole che non si sia finora potuta trovare una sicura via decisiva per tutti i casi, fuor della ricerca assidua e continua del segno caratteristico della nefrite, cioè i cilindri.

Come base anatomica della colica nefritica potrebbe pensarsi ad una distensione della capsula per l'aumento di volume dell'organo dovuto all'iperemia ed all'edema, all'istesso modo come si potrebbe addurre come prova la benefica influenza sui dolori dovuta all'uso delle sanguisughe. De Chiara.

Una nuova causa di ematuria: la fosfaturia.

(Perrier, *Revue médicale de la Suisse romande*, n. 8, 1917), crede di avere indentificata una nuova causa di ematuria, fino ad ora sconosciuta, e riferisce quattro osservazioni cliniche di questa forma morbosa.

I sintomi presentati dai malati sono in breve i seguenti: ematurie poco abbondanti, frequenti, a volte quasi costanti, con dei periodi di aumento, sia spontanei, sia consecutivi a dolori renali, od a strapazzi fisici; persistenza di questi sintomi senza alterazione dello stato generale e sovratutto senza alcuna comparsa di disturbi della minzione (minzioni frequenti, difficili, o dolorose), presenza costante nelle urine, anche al di fuori delle ematurie, di elementi minerali precipitati, consistenti in fosfati soli, od associati ad urati, ad acido urico.

In due casi fu fatta diagnosi di ematuria per irritazione chimica del parenchima renale; e del pari fu fatta la stessa diagnosi negli altri due, ma con qualche riserva, non essendo state fatte le opportune indagini in modo completo. Non senza molte esitazioni l'A. pervenne a questa conclusione; difatti i fosfaturici sono moltissimi, ed estremamente rari sono invece quelli, che perdono contemporaneamente il sangue. Occorre quindi procedere nel giudizio diagnostico per esclusione.

Le cause di ematurie persistenti, sin qui conosciute, sono la tubercolosi, la litiasi, i tumori, sia maligni che benigni (papillomi del bacinetto, ecc.).

La prima fu esclusa con molteplici inoculazioni negli animali con esito negativo e con la evoluzione ulteriore, la seconda del pari con la evoluzione e con le radiografie, ed infine i tumori per la funzione renale uguale e parallela e per i caratteri dell'ematuria, che fu quasi continua. D'altra parte una nefrite ematurica avrebbe avuta una evoluzione ben differente,

una nefrite parcellare determina emorragie molto più abbondanti, fino a rendere in parecchi casi indispensabile la nefrectomia: una emorragia da pielite cronica si escludeva, perchè non esistevano sintomi di pielite (non pus, non batteri, non febbre, ecc.). Non restava quindi che invocare il fenomeno che si ripeteva in tutti i malati e persisteva, la modificazione chimica cioè delle urine.

Ma basta questa sola modificazione? L'A. non lo crede: il fosfaturico, per diventare ematurico, deve avere un parenchima renale particolarmente sensibile, sensibilità di cui si ignora la causa: i malati in ogni caso non erano emofiliaci.

Sono le pareti dei vasi renali più permeabili? è il sistema nervoso il quale regola la congestione del rene, che funziona in modo disordinato?

Concludendo, la diagnosi di ematuria da fosfaturia non può essere fatta che dopo avere compiute tutte le ricerche per eliminare le cause abituali di ematuria. P. C.

Il significato clinico dell'ematuria.

L'ematuria è un sintomo che si nota con frequenza nei casi di tumore, di tubercolosi o, in generale, di infezioni nel sistema genito-orinario. Anche i traumi di tale sistema si rivelano spesso con emissione di sangue con l'orine. L'ematuria malarica è assai discussa, trattandosi probabilmente di emoglobinuria: l'ematuria terminale dell'uretrite posteriore è un fatto di osservazione comune.

W. E. Walther (*Medical Record*, 19 maggio) in 78 casi di ematuria (escludendone quattro in cui la diagnosi non è stata fatta) ha accertato le diagnosi seguenti: 19 casi, carcinoma della vescica; 7, rispettivamente papilloma benigno della vescica e carcinoma della prostata; 5, tubercolosi renale; 4, calcolo uretrale, calcolo vescicale, ematuria essenziale; 3, pionefrosi, calcolo renale, cistite cronica, papilloma benigno dell'uretra; 2, ematuria della gravidanza, spermatocistite cronica, calcolo uretrale; 1, varici vescicali, cistite gonococcica, rottura della vescica, edema bolloso della vescica, ulceri uretrali, cisti renale.

Risulta da questa statistica che la causa più frequente di ematuria è costituita da tumori, in massima parte maligni; vengono in seguito i calcoli e la tubercolosi renale. È dunque strettamente necessario, in presenza di ematuria indolore, di determinare la causa con tutti i mezzi diagnostici (uretroscopio, cistoscopio, cateterismo degli ureteri, ecc.), e non fermarsi alla sola analisi dell'urina.

L'A. ha ascritto all'ematuria essenziale i casi in cui l'emorragia proveniva dall'uno o dall'altro rene (raramente da entrambi, nello stesso tempo), ed in cui i diversi esami davano risultato negativo, tranne la presenza di corpuscoli rossi nell'urina. *ini.*

Albuminuria ed ematuria consecutive alla somministrazione di urotropina.

Wiseman (*Amer. Journal Medical Sciences*, agosto 1917) ha indagato la causa dell'albuminuria e dell'ematuria che talvolta seguono alla somministrazione di esametilenamina (urotropina).

La conclusione del suo studio è che la causa più frequente di questi fatti morbosi risiede nella forte acidità dell'urina: in 4 casi su 5 tale acidità raggiungeva gradi 100 misurata con soluzione decinormale d'idrato sodico.

Se l'urina è poco acida o basica, l'urotropina diviene del tutto inattiva, perchè non se ne libera la formaldeide, cui è dovuta l'azione antisettica e curativa.

Se invece l'acidità dell'urina è troppo elevata, la formaldeide si libera in eccesso ed esercita sulle vie urinarie un'azione irritante dannosa.

È quindi desideràbile un grado medio di acidità dell'urina.

Generalmente l'urina, nelle condizioni morbose in cui si ricorre all'urotropina, è alcalina (fermentazione ammoniacale); da ciò la convenienza di somministrare il rimedio combinato ad un acido che non venga scisso nel metabolismo organico: è quanto si è fatto con l'elmitolo, con la saliformina e con l'exal (combinazioni di urotropina con acido citrico, acido salicilico e acido solfolalicilico). R. B.

A quei nostri Associati che non raccolgono in volume i numeri del "POLICLINICO", e che volessero gentilmente restituirci i fascicoli 2, 6, 7, 9 e 10 della Sezione Pratica dello scorso anno, esauriti in seguito alle pervenuteci molte richieste di nuovi Associati, noi daremmo in cambio dei 5 predetti fascicoli, una delle 2 seguenti pubblicazioni a loro scelta:

1°) MARIOTTI: La profilassi delle malattie infettive nella pratica medica.

2°) MURRI, MARAGLIANO, SANARELLI: In memoria del prof. Guido Baccelli.

Coloro che vogliono approfittare di tale cambio possono rimandare i 5 fascicoli in piego postale raccomandato accompagnati con carta da visita sulla quale basterà indicare il Numero (1 o 2) della pubblicazione che si desidera in sostituzione.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(896) *Sulla neve carbonica.* All'abbon. n. 8171:

La neve carbonica è adoperata da qualche anno in qua contro alcune malattie cutanee (verruche, cheloidi, epiteliomi cutanei, lupus volgare, lupus eritematoso, linfangiomi, angiomi, lichen verrucoso, ecc.). Questo metodo da noi è stato esperimentato, fra gli altri, dal dottor Camillo Bua di Sassari, il quale si è servito per la produzione della neve carbonica delle comuni bombe di acido carbonico liquido adoperate nella fabbricazione di acque gazose. Il suo lavoro fu pubblicato nel « Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle », anno 1913, pag. 259, e porta per titolo « Sull'uso della neve carbonica in alcune malattie della pelle ». L'abbonato vi troverà tutte le notizie che gli occorrono. V. MONTESANO.

(897) *Sulla eziologia della poliartrite cronica deformante*. — Al dott. M. B., abbon. n. 888:

L'eziologia della poliartrite cronica deformante è tuttora oggetto di discussione. Si ammette dalla maggior parte degli autori che gli agenti infettivi sono i fattori più importanti in questa malattia. I microrganismi presenti non sono gli stessi in tutti i casi; essi deriverebbero da focolai infettivi primitivi, quali lesioni dentarie, piorrea alveolare, suppurazioni croniche diverse, cistiti, ecc.

Sull'attecchimento di questi microrganismi agirebbero, oltre alle comuni cause occasionali (umidità, traumi, ecc.), anche altre cause strettamente inerenti alla costituzione dell'individuo.

Importante è, sotto questo punto di vista la funzione delle ghiandole endocrine, a cui si dovrebbe ascrivere il fattore predisponente più notevole e frequente del reumatismo. Specialmente l'insufficienza della tiroide faciliterebbe l'attecchimento nell'organismo dei germi, che possono poi acquistare una speciale virulenza in individui a reazioni immunitarie insufficienti, quali sono appunto gli ipotiroidei. Tale insufficienza tiroidea, oltre a preparare il terreno per il reumatismo infettivo, può provocare nei tessuti articolari delle alterazioni trofiche, una specie di senilità precoce.

Ma anche altre ghiandole endocrine debbono probabilmente esercitare una certa influenza: sono a citarsi p. e. le ovaie (basti ricordare la frequenza della poliartrite deformante dopo la menopausa), i testicoli, la ghiandola pituitaria.

In base alle accennate disparità di criteri eziologici, varia anche la terapia; per i partigiani dell'origine infettiva sono consigliabili i vaccini (auto-vaccini): per gli altri è invece alla opoterapia che bisogna ricorrere (estratto di tiroide, di ovaie, di testicoli, di timo).

INDEX.

(898) Al dott. G. B. da R. E.:

La tecnica batteriologica è esposta da D. De Blasi nel « Manuale dell'Igienista », pubblicato dal Celli, in modo da soddisfare alle esigenze del collega. Per la diagnostica speciale batteriologica e serologica consigliamo anche il manualetto del Kühnemann edito dalla Società Editrice libraria nella traduzione di M. Levi della Vida. *g. s.*

(899) Al dott. S. da G.:

In *Riviera Ligure* non c'è un Sanatorio per privati, malati di tubercolosi polmonare: quello di recente istituito a Bergeggi è solo per militari tubercolosi.

In *Toscana* c'è il *Sanatorio marittimo di Livorno*, che fu istituito nel 1905, nella località detta Collinaia, a 4 km. da Livorno, e vicino al mare: esso ha anche un reparto a pagamento.

(900) All'abb. n. 3821: si è risposto altre volte ad analoghe domande. A. R.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BESREDKA A. *Anaphylaxie ed antianaphylaxie.* Un col. in-8° di pag. (Masson et C.ie éd., Parigi. Prezzo L. 4).

L'anafilassi è divenuta ora una questione di moda, se ne parla troppo spesso e la si invoca talvolta anche dove non esiste, per spiegare qualche fenomeno, che sembra oscuro.

L'importanza di tale problema, del resto, è reale e non si limita al campo speculativo, ma si estende largamente a quello pratico, nell'alimentazione e nella sieroterapia. Specialmente nel momento attuale in cui si fa tanto uso di iniezioni di siero endovenose ed endorachidee, la questione è del più alto interesse.

L'A. tratta con lucida esposizione i fenomeni anafilattici della iniezione sensibilizzante, di quella scatenante e gli effetti delle iniezioni anti-anafilattizzanti; si comprende che quest'ultima parte è la più interessante per il medico pratico, che viene messo così in grado di prevenire i fenomeni anafilattici. Gli ultimi capitoli, sono dedicati all'anafilassi di fronte a sostanze diverse ed alla parte teoretica.

INDEX.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per migliorare il servizio sanitario militare.

L'infausto anno 1917 iniziatosi con la rivoluzione e la defezione russa, chiusosi con lo scacco italiano che di quella fu la conseguenza necessaria, ha sottoposto a dura prova le varie organizzazioni militari dei paesi dell'intesa ed ha costituito il reattivo che ne ha messo in evidenza i pregi e le deficienze.

Intanto limitiamoci a quel che ci compete e ci riguarda: il servizio sanitario.

Della importanza di questo servizio nei rapporti dei bisogni stessi della guerra in quanto che concorre a ridurre al minimo il numero degli inabili al lavoro produttivo, è stato già molto detto perchè valga la pena di insistervi. Quel che importa affermare si è che sopra tutto per merito della Direzione Generale di Sanità Civile il pericolo di scoppio e diffusione di malattie infettive, che incombeva fin dal principio della guerra, è stato sventato. Questo compito è stato felicemente assolto dai servizi sanitari civili e militari che a tale scopo hanno avuta una cooperazione veramente intima ed armonica.

Gli stessi benefici effetti non si sono ottenuti con la medicina curativa, dalla quale a dir vero si potevano sperare risultati migliori. Il recupero dei malati e dei feriti non è stato così abbondante come altrove. In Germania (dobbiamo pur troppo invocare la testimonianza di questa nazione che in fatto di organizzazione di guerra ha raggiunto la perfezione, con i risultati che tutti dobbiamo deplorare), in Germania, dicevo, il recupero dei feriti raggiunge l'86,6 % fra quelli ricoverati negli ospedali da campo ed il 90,1 fra i moltissimi ricoverati negli ospedali di riserva; di tutti il 90,2 % ritornano al fronte, l'8,4 % rimangono permanentemente inabili ed appena l'1,4 % muoiono. Da noi, malgrado l'ingombrante scritturazione di moduli e di registri, non son noti ancora i risultati ottenuti nei 31 mesi di guerra trascorsi, ma non si esagera certo in pessimismo se si afferma che siamo ben lontani da tali percentuali.

Non si può certo attribuire questo inconveniente ad una deficienza quantitativa e qualitativa del personale e sarebbe in mala fede chi volesse lamentare che a disposizione del servizio sanitario militare non siano stati posti tutti i mezzi sufficienti. Vero è che il numero dei medici richiamato alle armi fu più che adeguato ai bisogni, che buona parte di essi è per valore scientifico e professionale all'altezza della posizione e che i mezzi di medicazione e di indagine clinica furono messi a disposizione con generosità se non addirittura con lusso. Ad un difetto di organizzazione si deve attribuire l'inconveniente che tutta questa abbondanza di personale e di mezzi non ha dato quel rendimento che se ne poteva attendere.

Il servizio sanitario militare in effetti non ha mai avuto un organismo direttivo che potesse dare disposizioni con vera autorità e con senso di responsabilità. Per ottenere la istituzione di una Direzione Generale che soppiantasse l'antico ispettorato dalle attribuzioni indecise e sempre controverse, si è dovuto discutere due anni, si è dovuta fare una non felice esperienza di due lunghi anni di guerra. Ma a dir vero le cose non sono per questo definitivamente risolte. Malgrado la Direzione di Sanità militare, il servizio sanitario in zona di guerra, proprio là dove sarebbero necessarie decisioni rapide, armoniche, intonate alle mutevoli necessità del momento, è acefalo. La Direzione sedente al ministero della guerra non ha alcuna giurisdizione sul servizio sanitario in zona di guerra, il quale dipende tutto dall'intendenza generale, dove gli ufficiali medici ivi addetti hanno una posizione assolutamente subordinata e puramente consultiva. Ne segue che provvedimenti d'indole tecnico-professionale sono presi da incompetenti talora senza neppure sentire il parere dei medici e qualche volta anche in contrasto con tale parere. Ma a parte gli inconvenienti derivanti dalla capacità e dalla competenza delle persone vi sono quelli più gravi e più evidenti derivanti dalla circostanza che il frazionamento delle responsabilità fa che tutti vi sfuggano e che anche chi vede gli errori ed i danni conseguenti non sempre può risalire alle cause e difficilmente può modificarli od ovviarli.

Quest'autorità sanitaria dislocata in zona di guerra, la quale poi di sanitario non ha che qualche consulente, tende ad attrarre o a trattenere alla propria dipendenza il maggior numero dei servizi e di unità. È l'errore di addensare nelle immediate vicinanze del fronte un enorme numero di stabilimenti di cura è stato anche troppo duramente scontato.

Ed al riguardo occorre ancora ricordare che fin dal principio della guerra è stato deplorato l'eccessivo affollamento di piccole unità sanitarie in posizioni avanzate, dove i malati ed i feriti che potevano essere trasportati a grandi distanze, venivano trattenuti senza necessità, con l'unico risultato d'ingombrare la zona delle

operazioni e di aumentare inutilmente il numero delle vittime fra i degenti, i medici e gli infermieri. Distinte personalità militari e civili erano tutte concordi nel riconoscere la inutilità di queste piccole unità come luoghi di cure protratte e che invece fosse necessario piuttosto modificare i mezzi di trasporto, per modo che nelle posizioni avanzate rimanessero soltanto le unità necessarie per la cura degli infermi non trasportabili, che sono relativamente pochi. Ma siccome all'intendenza mancava chi sapesse dal punto di vista sanitario acconciare i mezzi ai nuovissimi bisogni della guerra, le cose sono continuate ad andare così come erano scritte nelle carte prima del 1914.

Si potrebbe ancora continuare ad enumerare i maleficî dipendenti da quest'anomala costituzione dell'organizzazione sanitaria militare; ma per ragione di brevità basta accennare ad un altro fatto che ha rapporti con la recente sventura toccata alle nostre armi.

Alcuni mesi or sono l'intendente generale o chi per esso ebbe l'idea di togliere i mezzi di trasporto (carreggi e cavalli) agli ospedali e ospedaletti da campo. Malgrado il parere contrario del consulente medico l'idea fu tradotta in disposizione ed in atto. Fino ad allora, è vero, quei mezzi di trasporto non erano stati gran che adoperati, ma è certo che al momento del bisogno vennero a mancare. A questo provvedimento si deve se quasi tutto il materiale sanitario della seconda armata fu perduto.

Nè, malgrado le apparenze, possono vantare una vera autonomia le Direzioni di Sanità di armata. Queste in effetti sono del tutto subordinate alle rispettive intendenze. L'organamento vero e proprio dei servizi sanitari, la dislocazione delle varie unità sanitarie, le modalità con cui vengono effettuati gli sgombri dei feriti e dei malati, tutta insomma la parte direttiva del servizio sanitario, è affidata alle intendenze delle armate, che dipendono dalla intendenza generale, e che detengono tutti i mezzi per l'esecuzione del servizio, mezzi che solo volta per volta vengono messi a disposizione dei dirigenti il servizio sanitario, dietro loro richiesta, sempre che bene inteso tali richieste siano approvate dal generale intendente o da chi per esso. In altri termini le unità sanitarie non impiegate e tenute in riserva, i mezzi di trasporto automobilistici, comprese le stesse autoambulanze e le autolettighe, che non possono essere adibite ad altro uso se non al trasporto degli infermi, non sono alla diretta dipendenza del direttore di sanità, ma dipendono per l'impiego dagli ordini dell'intendente. Ne deriva che i direttori di Sanità hanno una responsabilità molto relativa circa l'utilizzazione di questi mezzi.

Al riguardo non è fuor di luogo osservare che la subordinazione delle direzioni di sanità alle intendenze fa preferire gli elementi di valore tecnico meno elevato, perchè in genere più condiscendenti ai voleri dell'intendente e tali da non creargli difficoltà con richieste che possono sembrare soverchie o fuori della consuetudine. Conseguenza di tutto ciò sono i gravi inconvenienti dipendenti dalla subordinazione e dalla irresponsabilità delle Direzioni di Sanità di armata, alle quali sono preposti uomini non sempre all'altezza della posizione. E tanto per riferirci sempre all'ultima disavventura, durante la ritirata gli intendenti, dai quali dipendeva lo sgombro degli ospedali, pensarono a far caricare sui camions i tavolini e gli scaffali di ufficio e dimenticarono del tutto il ricco e difficilmente sostituibile materiale sanitario.

Da quanto si è accennato emerge la necessità di una riforma dell'organizzazione sanitaria. Non siamo tra quelli che credono che le cose andrebbero meglio con la istituzione di ministeri o di sottosegretari della salute pubblica. Ne verrebbe unicamente un incremento della burocrazia ed una maggiore inframmettenza di elementi politici. Del resto la necessità di tali organismi è meno sentita ora che si è costituita la Direzione Generale della Sanità militare, dalla quale molto potremo attenderci se le sue attribuzioni saranno ben definite e sopra tutto convenientemente allargate.

Gli inconvenienti che abbiamo dovuti lamentare non sarebbero certamente stati se come in altri paesi, per es. in Francia, presso ciascuna armata esistesse una vera e propria intendenza sanitaria responsabile e padrona effettiva dei propri mezzi, dei quali possa disporre secondo le reali necessità del servizio. Si dovrebbe trasformarsi come ha fatto la Croce Rossa, le cui delegazioni pur tenendosi in rapporto con la intendenza delle armate e con quella generale, sono autonome e nell'ambito delle proprie attribuzioni possono senza attendere il consenso di altri uffici disporre del proprio personale e dei propri mezzi.

Inoltre, accanto o meglio al di sopra delle Direzioni di sanità d'armata indipendenti dagli altri servizi, occorrerebbe vi fosse presso il Comando Supremo o l'intendenza generale un corpo direttivo sanitario che d'accordo con gli altri servizi disciplinasse e regolasse l'organizzazione sanitaria dell'esercito mobilitato con vera competenza e con piena consapevolezza dei bisogni nei varî settori e nei varî momenti.

Sarebbe opportuno istituire un comando ge-

nerale medico così come v'è un comando generale del Genio e dell'Artiglieria.

Questa Direzione o Comando Sanitario dovrebbe essere strettamente collegata con la Direzione dei servizi sanitari militari presso il Ministero della guerra, se non in completa dipendenza da essa. Solo così si potrebbe ottenere l'unità direttiva, non solo per coordinare i servizi sanitari, per i quali non esiste un limite netto fra zona di guerra e zona territoriale, ma anche per l'impiego del materiale che deve essere fornito dall'Amministrazione Centrale Sanitaria a secondo di un criterio unico e proporzionale alle necessità di luogo e di tempo.

D'altra parte la Direzione generale dei servizi sanitari militari avrebbe maggiore competenza e maggiore autorità per coordinare la propria opera con le Direzioni sanitarie dipendenti da altri ministeri con un risultato ancora più armonico e quindi più efficace nei rapporti della igiene generale.

Tutto sommato riteniamo utile per il migliore rendimento del servizio sanitario militare l'allargamento delle attribuzioni della corrispondente Direzione generale presso il Ministero della guerra e la istituzione di una Direzione o Comando Sanitario autonomo presso l'esercito mobilitato e dipendente direttamente dalla Direzione centrale.

Queste provvidenze insieme alla rinunzia di antiche concezioni sorpassate dai fatti (il che non si può forse ottenere senza svecchiare il personale che unicamente per ragione di anzianità si trova a coprire posti alti nella gerarchia), potranno portare benefici risultati sull'andamento dei servizi sanitari.

Purtroppo c'è ancora tempo di trar profitto dall'esperienza passata, c'è ancora tempo di provvedere. E se gli uomini che stanno a capo della cosa pubblica hanno, come sarebbe desiderabile, una esatta conoscenza della importanza dei servizi sanitari nei rapporti non solo della condotta della guerra ma anche dell'avvenire economico-politico della nazione, certamente provvederanno. PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Sostituzione di medici condotti interinali coi titolari. — La Direzione generale di Sanità militare (Sezione 1ª) ha diramato la seguente circolare ai presidenti dei Consigli degli Ordini dei Medici:

« Allo scopo di distribuire più equamente i pericoli e i disagi inerenti al servizio militare, questo Ministero, ora che le circostanze lo consentono, è venuto nella determinazione di restituire i medici vincolati con pubbliche amministrazioni alla sede in cui erano titolari prima della mobilitazione generale (maggio 1915), purchè di classi anteriori al 1884 e sostituiti da interini riconosciuti indispensabili e insostituibili dalle competenti Commissioni provinciali, i quali, in conseguenza, verrebbero in loro vece assunti in servizio militare.

« Il concetto informatore del provvedimento risponde ad una ragione di equità intesa senza dubbio da tutta la classe sanitaria, ma la cui pratica attuazione incontrerà difficoltà reali e artificiose.

« Perchè i benefici suoi effetti si realizzino il più completamente e il più rapidamente possibile, occorre la cooperazione di tutti gli organi dalla legge all'uopo costituiti, ma sopratutto occorre il vigile, attivo, diuturno interessamento della stessa classe sanitaria e per essa degli Ordini sanitari e cioè dell'Ente giuridico preposto a salvaguardarne gl'interessi e la disciplina.

« Si prega, pertanto, cotesta presidenza di trasmettere a questo Ministero, con cortese sollecitudine, l'elenco dei medici interini condotti o comunque dipendenti da pubbliche amministrazioni, presentemente dislocati nel terriotrio di codesta provincia, e dispensati dal servizio militare, con l'indicazione a margine di ciascuno di essi, della rispettiva condotta o ufficio civile e del nome del corrispondente sanitario titolare.

« L'esattezza e la precisione di tali elenchi costituisce (come ovvio) il primo elemento per l'integrale ed equa applicazione del provvedimento, e perciò si confida nella rigorosa e convinta azione di cotesto on. Consiglio.

« *Per il ministro*: DELLA VALLE ».

Abbiamo troppe volte insistito sulla opportunità che i Consigli degli Ordini dei medici collaborino intensamente con le rispettive autorità per il regolare disimpegno del servizio militare e civile e per l'equa distribuzione degli oneri e degli onori della guerra a tutti i rappresentanti della classe medica, per non rallegrarci del nuovo indirizzo della Direzione generale di Sanità militare, che costituisce una prova della considerazione nella quale sono giustamente tenute dalla più alta autorità sanitaria militare le legittime rappresentanze della classe.

Noi siamo convinti che di questa lusinghiera attestazione di fiducia i preposti a tali Istituti si sapranno dimostrare ben degni. P.

La residenza dei sanitari in zona di guerra. — Un decreto del Comando Supremo ha stabilito che nel territorio delle operazioni militari gli impie-

gati civili dello Stato e dei Comuni (compresi fra questi i sanitari in genere) non possono allontanarsi dalla residenza senza la preventiva autorizzazione dell'autorità militare: autorizzazione che dovrà essere chiesta a mezzo dei Prefetti.

Ai trasgressori di tale ordinanza, salvi i provvedimenti disciplinari, è comminata la pena del carcere militare.

Il Congresso dell'A. N. M. C. rinviato. — In seguito a *referendum,* e data la dispersione dei colleghi del territorio invaso, il Congresso è rinviato ad altra epoca che si spera ed augura possa essere quanto mai vicina.

Per intanto l'Associazione sarà retta in *Esercizio Provvisorio* in unione dei Revisori dei Conti.

I medici di Padova. — In una autorevole e numerosa adunanza di medici che ebbe luogo a Padova, sotto la presidenza del prof. Lucatello, dopo un'alta discussione venne approvato il seguente ordine del giorno:

« Da queste terre che ricordano l'antico odiato giogo straniero i medici di Padova e provincia rinsaldano nella minaccia nuova la loro ferma fede nei destini della Patria, e plaudono alla nobile iniziativa di una unione dei medici italiani per la resistenza nazionale.

« Memori delle tradizioni storiche della loro classe e coscienti di quanto valga e possa la loro azione nell'ambiente sociale, sentono profondamente i doveri dell'ora presente, primo fra tutti di essere esempio di calma, di disciplina, di fiducia, di fermezza nel volere.

« Nella cerchia del loro ufficio più strettamente professionale essi vogliono intensificare la loro opera nell'assicurare all'Esercito senza pietose condiscendenze, tutte le forze individuali, di spiegare nelle città un'azione sempre più perseverante ed illuminata sull'economia dei consumi, di combattere ovunque l'alcoolismo ed ogni altro fattore di debolezza fisica e spirituale.

« Nel diuturno loro esercizio vogliono incoraggiare i cittadini ad un rendimento vieppiù alto delle singole energie, alla tolleranza per le inevitabili privazioni e alla salvaguardia massime nelle campagne e fra il popolo minuto contro l'opera dissolvente dei pusillanimi e dei pessimisti, contro le cause di avvilimento e le suggestioni nemiche.

« Fidenti nella già iniziata riscossa i medici vogliono contribuire tenacemente ad accrescere e mantenere la resistenza morale del Paese per le supreme esigenze della salvezza e dell'onore della Patria ».

Seduta stante, vennero raccolte L. 770 pei medici profughi e le loro famiglie.

Cooperativa sanitaria di consumo. — Il Consiglio direttivo dell'Associazione dei Medici liberi esercenti ha convocato a due riprese tutti i medici di Roma nella sede dell'Ordine dei medici, per la fondazione d'una Cooperativa di consumo.

Plaudiamo alla iniziativa, cui auspichiamo un pieno successo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7067) *Commissione per i sussidi alle famiglie dei richiamati.* — Dott. G. S. da M. — Ragione precipua per cui si volle far membro della commissione incaricata di esaminare le domande di sussidio da parte delle famiglie dei richiamati il medico condotto fu appunto quella di controllare i certificati sanitari che vengono esibiti dai parenti del militare per dimostrare la propria inabilità al lavoro. Tale controllo mancherebbe del tutto e sarebbe quindi frustrata la ragione della legge, se il medico faciente parte di tale commissione fosse lo stesso che avesse rilasciato il certificato od avesse in precedenza visitato la persona, che intende avvalersene.

Di tal che noi riteniamo che il medico condotto debba rifiutarsi a visitare la persona che dichiara di voler un certificato medico da esibirsi alla Commissione dei sussidi, quando il medico stesso faceva parte della medesima. L'interessato dovrà, in tal caso, rivolgersi ad altro sanitario, od il medico dovrebbe, se possibile, invitare altro collega a sostituirlo nella Commissione quando si presenti la domanda della persona, cui egli ha rilasciato il certificato.

(7069) *Ufficiale sanitario - Nomina senza concorso.* — Dott. G. P. da B. a B. — Ella non può ottenere la nomina ad ufficiale sanitario senza concorso e con esclusione dal periodo di prova, perchè alla attuazione della legge sanitaria del 25 febbraio 1904 rivestiva anche la qualità di medico condotto.

(7070) *Caro viveri.* — Dott. F. M. da C. — Al medico condotto che percepisce lo stipendio di lire 150 mensili compete l'indennità caro-viveri in ragione di lire 24 mensili.

(7071) *Ordine dei sanitari - Obbligo di inscrizione.* — Sig. abbonato 2882. — Anche coprendo il solo ufficio di ufficiale sanitario si esercita la professione in quanto che non può essere assunto a tale posto chi non sia laureato in medicina e chirurgia. Ella, quindi, lasciando l'esercizio professionale e limitandosi alle sole funzioni di ufficiale sanitario, non può esimersi dal rimanere inscritto all'albo dei medici esercenti della Provincia.

(7072) *Medico interino - Congedo straordinario per malattia.* — Dott. E. C. da S. S. G. — Sempre che il capitolato in vigore prevede la concessione della licenza straordinaria per infermità, riteniamo che questa possa essere concessa anche al medico interino, che da parecchi anni serve il Comune e che ha contratta in servizio la malattia che lo rende inabile a continuarlo. L'art. 29 del regolamento sanitario parla, infatti, di medico condotto e non può negarsi che sia tale anche colui che temporaneamente, ma da gran tempo, presta servizio presso il Comune in luogo e vece del titolare assente. In caso di malattia contratta in servizio o per causa di esso il congedo può estendersi sino al termine massimo di un anno. Durante tale congedo non potranno essere imposti al sanitario oneri od aggravii, nè

tanto meno diminuzioni dello stipendio, che deve essere sempre corrisposto per intero.

(7073) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. P. da P. S. S. — Percependo Ella il complessivo stipendio di lire 4500 ha diritto ad una sola indennità caro-viveri in lire 24 mensili. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 1031:

Trattandosi di un Decreto luogotenenziale che prescrive tassativamente l'abolizione dell'indennità speciale a quelli che non hanno 4 figli, si ritiene inutile avanzare domanda in senso diverso.

All'abb. n. 1575:

È stato testè emanato un decreto riguardante la revoca degli esoneri per i medici.

Al dott. A. P. da P.:

Non avendo Ella mai prestato servizio militare verrà assunto in servizio col grado di tenente.

Dopo qualche tempo, comprovata la sua idoneità a coprire il grado superiore potrà far domanda ed avere il grado di capitano che le spetta per il fatto dei suoi 17 anni di laurea. Da parte del comune le spettano se verrà assunto in servizio i due mesi di stipendio indipendentemente dallo stipendio militare che percepirà come ufficiale.

All'abb. n. 6679:

La visita che Ella ha subita a Firenze non ha interrotta la sua inabilità al servizio attivo, anzi per così dire la ha confermata rimandandola ai provvedimenti medico-legali che per Lei ha preso l'Ospedale di Messina ed in seguito il Direttore di Sanità.

Spirato il congedo avuto, Ella dovrà naturalmente ripresentarsi al Direttore di Sanità, il quale La rimanderà probabilmente alla Commissione visitatrice di Firenze.

In ogni modo è certo che, dati i disturbi dai quali è affetto, nessuna Commissione, nè Collegio medico potrà farla abile ai servizi attivi.

Al dott. G. M. da R.:

La tabella *A* di cui parla il collega fa parte della circolare n. 14 del 9 gennaio 1917.

In detta circolare sono stabilite e specificate tutte le infermità che dànno diritto all'indennità di guerra durante la degenza negli ospedali, e l'articolo 9 di essa dispone che di tale beneficio godano solo i militari ricoverati negli stabilimenti sanitari di qualsiasi genere, per ferite riportate in guerra, per lesioni riportate nello svolgimento di vere e proprie operazioni di guerra, per congelamenti dipendenti dal servizio prestato nel territorio delle operazioni, o per infermità dipendenti dai nuovi mezzi di offesa e di difesa usati dal nemico (come i gas asfissianti e lagrimogeni ed i liquidi infiammabili); detti militari continuano a godere il soprassoldo di guerra, o le indennità ridotte che percepivano, a norma dei precedenti articoli 1 e 2, per il periodo massimo di 60 giorni.

Date tali disposizioni non vi è nulla da obiettare a quanto sostiene il Deposito reggimentale.

All'abb. n. 7876:

Occorrerebbe una nuova visita che accertasse l'idoneità del collega.

Inoltre il servizio fatto nella Croce Rossa non gli verrebbe computato a nessun effetto. M. G.

NOTIZIE DIVERSE

La prolusione del prof. Vittorio Ascoli.

Il 19 dicembre, nell'aula della Clinica medica, che per la circostanza era stata decorata con gusto severo, il prof. Vittorio Ascoli tenne la sua prolusione svolgendo il tema: «I compiti attuali della clinica medica».

Erano tra gli intervenuti: S. E. Roth per il Governo, il medico provinciale Badaloni per il Prefetto, l'assessore Rosselli per il Comune, il comm. Basile per la Sanità pubblica, il colonnello medico Gerundo per la Sanità militare, il dott. Ballerini per l'Ordine dei medici, il comm. Malusardi per i medici condotti, il comm. Lusignoli per gli Ospedali di Roma, il prof. Torti per il Policlinico Umberto I, i senatori Todaro, Maragliano, Wollemborg, Fano, i deputati Sanarelli, Badaloni, Montemartini, Perrone, i proff. Rossoni, Tamburini, Cirincione, Alessandri, Mingazzini, Zeri, De Sanctis, Buonanni, Baglioni, Gualdi, Arcangeli, ecc., il colonnello Corbi, il tenente colonnello Adani, il comm. Magaldi, il commendatore Luiggi, il comm. Morelli, l'ing. Gentiloni, una vera folla di medici, un'eletta schiera di signore.

Il nuovo clinico di Roma, salutato da una calda ovazione al suo ingresso, fu più volte applaudito nel corso ed alla chiusa della sua elevata prolusione.

I nostri lettori gradiranno che facciamo posto integralmente alla prolusione stessa in questo periodico, il quale si onora di esser stato retto dal prof. Ascoli per lunghi anni, durante i quali è venuto sempre più risolutamente affermandosi nell'agone del giornalismo sanitario.

Il prof. Queirolo infermo.

L'on. prof. Queirolo, di ritorno a Pisa dalla capitale dopo aver preso parte ai recenti lavori parlamentari, è stato colto da una grave polmonite che ha messo in trepidazione la cittadinanza pisana e quanti apprezzano le sue alte doti di clinico e di uomo.

All'insigne Maestro inviamo, in nome della famiglia sanitaria italiana, cordiali auguri di una rapida convalescenza.

La Croce Rossa Americana in Italia.

Il maggiore Taylor, commissario delegato della Croce Rossa Americana per l'Italia, con una nobilissima lettera partecipava al presidente della Croce Rossa Italiana, senatore conte Della Somaglia, la munifica offerta di 1,500,000 lire come concorso della nazione americana nella ricostruzione del materiale sanitario di quegli ospedali da guerra che fu recentemente perduto. Con questa somma saranno subito istituiti nove completi ospedali di guerra, e tanto questi, quanto altri ospedali ai quali la Croce Rossa Italiana sta provvedendo, saranno forniti degli opportuni mezzi di trasporto, preventivati in 30 camions.

Queste unità entreranno in azione il più presto possibile. Porteranno, con la nostra, la bandiera americana, che dirà ai soldati italiani il concorso generoso della grande nazione alleata.

Per il fronte interno.

L'Istituzione che si intitola a Giuseppe Visconti di Modrone, continuando nell'opera sua benefica di propaganda per la resistenza civile in questo periodo tremendo di lotte per il diritto e la civiltà, ha pubblicato una serie di opuscoli che vengono largamente distribuiti a tutte le categorie del popolo.

Segnaliamo le pubblicazioni seguenti:

Giuseppe Brambilla, «Se i tedeschi venissero»; Giorgio Bolza, «Il dovere di resistere»; Rachele Ferrari, «A voi, fanciulli...» e «A noi, donne...».

La razione dei militari aumentata.

Il Governo e il Comando Supremo, in considerazione delle mutate esigenze di vita dell'Esercito combattente, le quali richiedono un'intensa attività operativa anche durante l'inverno, epperò un maggior consumo di energia, sono venuti nella determinazione di assegnare un vitto più abbondante ai militari combattenti. In minor grado è stata pure aumentata la razione alle truppe territoriali.

Il 19 dicembre spegnevasi a Roma, dopo brevissima malattia, il prof. GIOVANNI WEISS, ordinario di patologia generale nella R. Università di Messina, decano dell'Università.

Nato a Condino, nel Trentino, il 19 febbraio 1844, e devoto alla Sua Italia, della quale seguiva con interessamento e trepidazione tutti i palpiti nell'ora attuale, divenne cittadino italiano e si laureò in medicina e chirurgia nella R. Università di Padova. Specializzatosi in anatomia patologica ed in patologia generale, si recò in Germania e fu allievo di Virchow per diversi anni. Ritornato in Italia, insegnò patologia generale e anatomia patologica dal 1877 al 1882 nella libera Università di Ferrara.

Vinto il concorso di patologia generale nell'Università di Messina, ne impartì l'insegnamento dal 1° novembre 1883 sino alla morte.

Pubblicò numerosissimi lavori sia nel campo della patologia generale, come in quello dell'anatomia patologica, lavori, che per l'epoca in cui furono pubblicati, hanno un vero valore scientifico. Da menzionarsi le sue pubblicazioni sui tumori maligni e sulla tubercolosi.

Felicissimo parlatore, d'animo infinitamente buono, modesto nel modo d'agire, s'era conquistata la stima di tutti coloro che Lo conobbero, che Lo ebbero a Maestro e dei colleghi tutti dell'Ateneo Siciliano, che ebbe la fortuna di ospitarlo per tanti anni.

La perdita del prof. Weiss è stata appresa con cordoglio immenso dal Corpo insegnante universitario come dall'intera popolazione messinese, che ben Lo apprezzava quale Uno tra i più eminenti medici.

Alla figliuola Sua diletta ed all'affezionato Suo genero, capitano di vascello Ciano, vadano le più cordiali e sincere condoglianze per la sventura così repentinamente loro toccata.

Catania. Prof. GAETANO LA ROSA.

Da circa un anno il prof. PIER DIEGO SICCARDI, assistente alla Clinica del lavoro di Milano, maggiore medico, si era dedicato con impegno allo studio della spirochetosi ittero-emorragica, malattia che, com'è noto, si è manifestata e diffusa fra le truppe combattenti.

Il 24 novembre u. s., nell'eseguire un trapianto del virus, il Siccardi si ferì accidentalmente. Pochi giorni dopo si dichiarava in lui la malattia, e malgrado le cure assidue prodigategli dai colleghi di Parma, il 12 dicembre Egli cessava di vivere nell'Ospedale militare di questa città.

Il Siccardi era uno scienziato laborioso, attivo e d'ingegno versatile; aveva coltivato con pieno successo molti rami del sapere medico, la fisiologia, la patologia, l'igiene, la medicina sociale ed aveva conseguito tre libere docenze; era stato un medico valoroso di prima linea.

A lui si schiudeva un avvenire pieno di promesse. È caduto nel nobilissimo intento di apprestare i mezzi atti a debellare una grave malattia di guerra: è caduto sulla breccia!

Di un'infezione contratta al fronte nel prodigarsi per la cura dei malati e dei feriti, veniva strappato ad una vita nobilmente operosa, consacrata alla scienza ed alla professione, divenuta per lui un apostolato, il prof. GUIDO LERDA, capitano medico, libero docente in clinica chirurgica e medicina operatoria, chirurgo nell'Ospedale S. Giovanni Battista in Torino.

Il *Policlinico* si è onorato più volte di ospitare importanti contributi del valente studioso ed operatore.

Egli era nel pieno vigore dell'età.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 13 gennaio 1918 Fasc. 2.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI PAMMATONE IN GENOVA.

Le iniezioni mercuriali nella cura del Sodoku

per il dott. EDOARDO BORELLI, chirurgo primario.

Fra le molteplici forme di infezioni chirurgiche che ebbi occasione di osservare nella sezione settica di Pammatone da me diretta nell'anno 1916, voglio qui ricordare un caso di Sodoku per la scarsa conoscenza che ancora si ha in Italia di questa malattia e per l'interesse che essa potrebbe eventualmente assumere col prolungarsi della guerra europea che costringe un cospicuo numero di soldati a vivere la disagiata vita delle trincee così frequentemente infestate dai topi.

Fa meraviglia anzi che di questa malattia non si siano ancora pubblicate numerose nuove osservazioni come si sarebbe potuto credere a priori; ciò potrebbe far pensare che essa non derivi da ogni specie di topi, ma forse da una particolare qualità di essi; o che speciali condizioni estrinseche, riferibili tanto alla infeziosità dell'agente, quanto alla ricettività del soggetto, quanto anche al mezzo ambiente, siano necessarie al suo sviluppo. È anche possibile però che la malattia non sia stata sempre riconosciuta e sia stata invece confusa con altre infezioni chirurgiche, tanto più facilmente in quanto l'accidente della morsicatura può anche

passare inavvertito o venire trascurato da chi vive la intensa vita della guerra, e non esser preso in considerazione al momento dell'aggravarsi dei fenomeni locali e dell'insorgere di quelli generali.

Mi induce inoltre a pubblicare il caso osservato l'esito favorevole della cura da me sperimentata, la quale si ispirò al concetto, ormai riconosciuto dai più competenti autori, dell'analogia del Sodoku con altre infezioni già note nel loro agente patogeno; concetto fondato sull'osservazione clinica e sulle più recenti esperienze di laboratorio; onde l'esito favorevole da me conseguito potrebbe ragionevolmente costituire una conferma di queste vedute ed un incoraggiamento a perseverare nella via tracciata dalle novissime ricerche batteriologiche e sperimentali.

Il Sodoku è una malattia infettiva acuta prodotta dalla morsicatura di topi infetti e caratterizzata da fenomeni infiammatorî locali in corrispondenza della parte lesa e da fenomeni generali di natura setticoemica. La malattia, come si sa, è frequente nel Giappone e nella Cina; ma già da parecchi anni ha fatto la sua comparsa in Europa trasportatavi probabilmente attraverso le grandi vie commerciali marittime da qualche topo infetto, e fu già osservata e descritta più volte anche in Italia. La sua conoscenza però è ancora oggi poco diffusa benchè il quadro nosologico della malattia possa ormai dirsi completo mercè il ripetersi delle osservazioni.

Non pare dubbia la sua natura infettiva, benchè non ne sia ancora del tutto certo l'agente patogeno. Ultimamente però alcuni autori giapponesi, quali Tanigucki, Osumi, Takaki e Futeki, riferirono di essere riusciti ad isolare dal materiale infetto (cute, sangue, linfa), tratto da ammalati, numerose spirochete mobili, colorabili coll'inchiostro di china e coll'imbibizione d'argento secondo i metodi di Burri e Levaditi. Anche la prova biologica sarebbe riuscita loro positiva, avendo essi potuto trasmettere la malattia alle cavie, ai topi bianchi e alle scimmie inoculando loro lo stesso materiale infetto.

Secondo questi autori quindi la spirocheta da essi isolata sarebbe la vera causa della malattia, la quale per conseguenza entrerebbe a far parte del gruppo delle spirochetosi, come il tifo ricorrente e la sifilide, con le quali avrebbe anche delle analogie cliniche.

Questa ipotesi è tanto più probabile se si tiene presente il meccanismo di inoculazione della malattia mediante morsicatura e se si considera come nella cavità buccale, anche di individui sani, siano stati riscontrati diversi microorganismi del genere spirilli, quali saprofitici, quali patogeni come per es. lo spirillo dei denti e quello dell'angina di Vincent.

Ispirandosi appunto a questa analogia etiologica e clinica del Sodoku con le altre forme di spirochetosi (tifo ricorrente e sifilide), gli autori furono indotti, come vedremo, a sperimentare nella terapia di questa infezione quegli stessi mezzi che si erano dimostrati più efficaci nella cura di queste malattie.

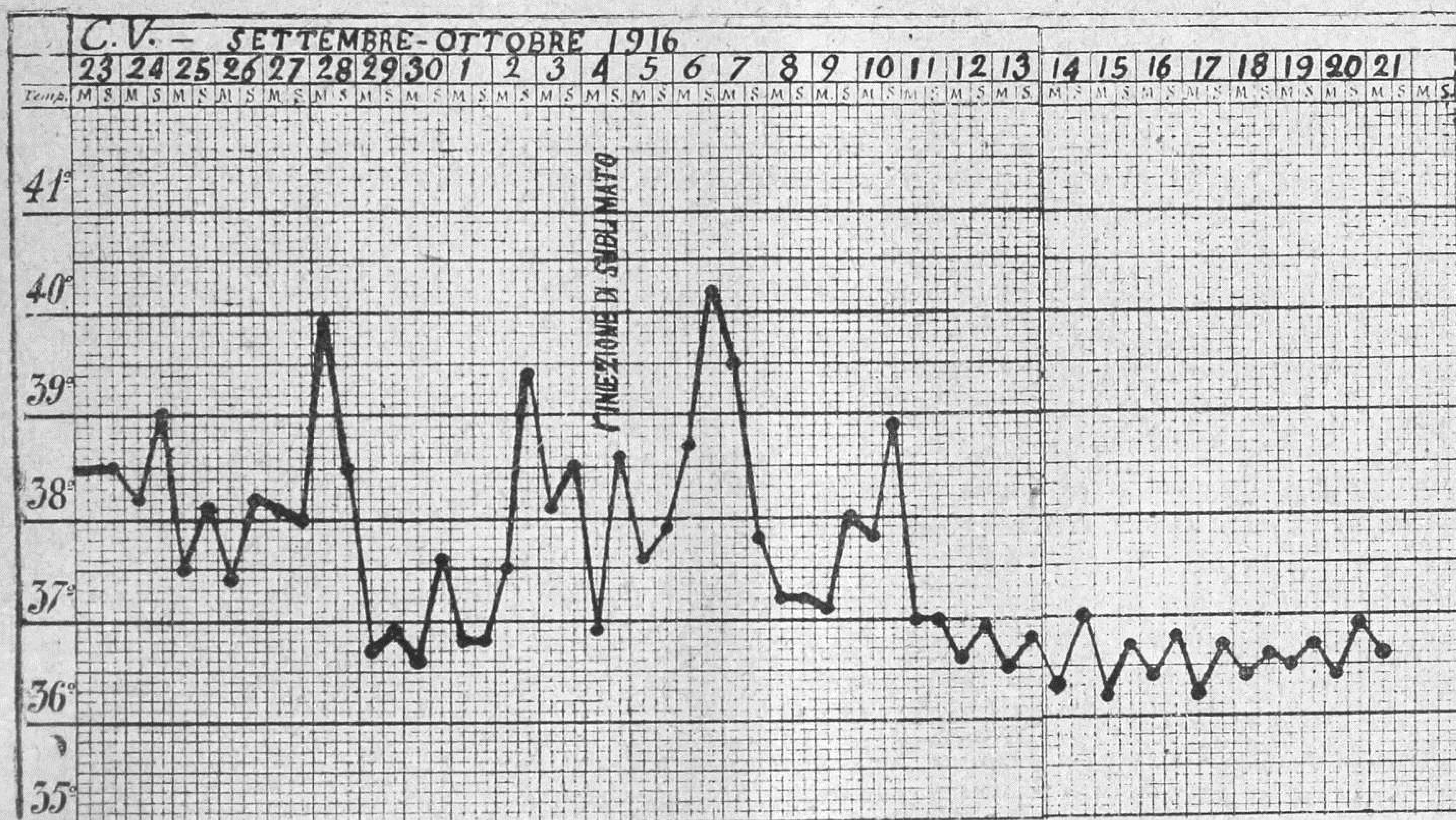
Il periodo di incubazione del Sodoku varia secondo gli osservatori da una a tre settimane; nel mio caso fu di 15 giorni circa. Durante questo periodo l'individuo morsicato non risente d'ordinario alcun disturbo e non prova neppure speciali molestie in corrispondenza della piccola ferita; se non che a capo di 12 a 15 giorni la malattia si manifesta ed in breve esplode con tutto il corteo dei suoi fenomeni locali e generali.

Questi ultimi consistono in malessere generale con disappetenza, cefalea e senso di spossatezza per tutto il corpo: ben presto l'infermo con aspetto particolarmente sofferente, è preso da brividi di freddo più o meno intenso seguìti da innalzamento termico che si risolve poi con sudore profuso.

I fenomeni locali consistono principalmente in un edema infiammatorio diffuso che invade la regione morsicata, di consistenza duro-pastosa senza tendenza alla suppurazione, neppure in corrispondenza della ferita che suole guarire regolarmente benchè in un tempo più lungo che non comporti l'entità di essa. All'edema, sempre di grado notevole, si associano fenomeni di linfangite, con manifestazioni nodulari disposte in serie e ingorghi ghiandolari nelle varie stazioni linfatiche tributarie della regione lesa, ingorghi dolorosi e duri senza tendenza alla fusione.

Nel corso della malattia si manifestano anche degli eritemi cutanei sotto forma di macchie di color rosso bruno che impallidiscono colla pressione, ma non scompaiono più del tutto quando la loro comparsa data già da diversi giorni. Queste macchie della grandezza di una lenticchia fino a quella di un centesimo si fanno poi rilevate a mo' di papule e presentano una base infiltrata; esse non sono mai molto numerose e si manifestano sugli arti e sul tronco indipendentemente dall'azione irritante di agenti esterni. Nel caso da me osservato per es., io non ne vidi apparire nessuna sulle parti posteriori del corpo su cui l'ammalato degeva. Questi eritemi appariscono a periodi di tempo in relazione col succedersi degli accessi febbrili e sono piuttosto tenaci a scomparire.

La curva termica presenta nettamente un carattere accessuale a periodi regolari di tre a quattro giorni. Ogni accesso è preceduto da brivido ed è accompagnato dall'aggravarsi dei fenomeni generali e locali, e si risolve con rapida lisi e più spesso per crisi con sudorazione profusa per ricomparire in capo a tre o quattro giorni con gli stessi caratteri. La temperatura si eleva bruscamente oltre i 39° e non di rado sorpassa anche i 40°. Gli accessi si ripetono più volte nel corso della malattia, attenuandosi via via coll'esaurirsi dell'infezione, se non vengono modificati da medicamenti antipiretici o troncati del tutto da un trattamento terapeutico appropriato come avvenne nel mio caso.



Durante gli accessi febbrili l'infermo si mostra agitato, sofferente, ha lingua impatinata, asciutta e qualche volta è preso da nausea e vomito. Nelle urine può riscontrarsi albumina.

Il decorso della malattia suole protrarsi a lungo: nel caso da me osservato ebbe la durata di un mese circa, ma secondo altri osservatori può durare anche più mesi con alternative di miglioramento e di ricadute. Sulla durata totale della malattia naturalmente ha grande importanza il trattamento terapeutico.

Lo stato generale del paziente in questo lungo alternarsi di accessi febbrili deperisce notevolmente: in esso spicca in modo particolare uno stato di adinamia profonda, proporzionato alle gravi condizioni di anemia che in lui si costituiscono e che alla loro volta sono in rapporto colla durata della malattia e colla sua gravità.

Caratteristico è poi lo stato di depressione in cui rimane l'infermo e che rende la sua convalescenza particolarmente lunga e tarda. Gli ammalati per molto tempo dopo la cessazione degli accessi febbrili accusano una grande svogliatezza, una pigrizia invincibile, una facile esauribilità intellettuale e fisica che contrasta col buon appetito; cosicchè essi stentano a rimettersi anche dopo parecchi mesi dalla guarigione malgrado il riposo, la nutrizione abbondante e le cure ricostituenti.

L'andamento periodico della curva termica a cui corrispondono i fenomeni generali fa pensare ad una infezione a riacutizzazioni multiple cicliche per il periodico riversarsi nel circolo sanguigno di nuove tossine o di nuove generazioni microbiche come si osserva nella malaria, e come io penso che si avveri anche nella infezione sifilitica, avendo osservato in parecchi soggetti in pieno periodo secondario di questa malattia, quando cioè l'agente patogeno è ormai penetrato nel sangue ed ha già invaso tutto l'organismo, il riapparire periodico di caratteristiche manifestazioni della cute e delle mucose e l'alternarsi di periodi di benessere generale e di ricadute anche durante il trattamento specifico.

Nella infezione da topi il ciclo evolutivo dell'agente patogeno proprio si compirebbe in pochi giorni e si ripeterebbe nelle successive generazioni con attenuazioni cliniche graduali fino al completo esaurimento dell'infezione.

La lunga durata e la persistenza della malattia, lo stato di grave depressione e di anemia in cui cade il paziente, il tardo ristabilirsi della

piena salute costituiscono altrettante analogie del Sodoku con altre forme di spirochetosi e specialmente colla sifilide, colla quale esso avrebbe anche altre affinità cliniche, come le eruzioni cutanee e gli ingorghi ghiandolari, oltre a quella dell'agente patogeno se dovessero veramente confermarsi i risultati batteriologici e sperimentali ottenuti dagli osservatori giapponesi.

Queste diverse analogie hanno incoraggiato, come già abbiamo accennato, gli autori a sperimentare nel trattamento del Sodoku la stessa terapia, a base di arsenico e di mercurio, che più si è dimostrata efficace nella cura delle altre spirochetosi, e quindi come già nel tifo ricorrente s'era tratto giovamento dalla cura col Salvarsan, pur tanto benefico nel trattamento della sifilide, così si volle sperimentarlo anche contro il Sodoku e pare con buoni risultati. Altri sperimentarono l'Atoxil dimostratosi efficace contro la tripanosomiasi umana, altri il mercurio, altri infine l'elettrargolo per iniezioni ipodermiche. Io, ispirandomi allo stesso concetto, usai nel mio caso le iniezioni intramuscolari di sublimato corrosivo che mi si dimostrarono pure efficaci perchè troncarono gli accessi febbrili, risollevarono le condizioni generali del paziente, ed abbreviarono la durata della malattia, come si rileva dalla seguente esposizione del caso clinico:

C... V..., d'anni 13, da Orbicella (Alessandria), entrò all'ospedale di Pammatone, sezione settica, il 23 settembre 1916, per edema infiammatorio della mano e dell'avambraccio di destra consecutivo a ferita da morso di topo riportata 15 giorni avanti al dorso della mano destra. Al suo ingresso all'ospedale aveva 38°,5 di febbre e 120 di polso.

Io lo visitai la mattina successiva ed ecco quanto rilevai di notevole dal suo interrogatorio e dall'esame obbiettivo.

Anamnesi famigliare e personale. — Padre morto da tre anni, madre vivente e sana; due fratelli morti di diabete, l'uno a 17 anni dopo quattro di malattia, l'altro a 18 anni dopo due mesi di malattia; altri cinque tra fratelli e sorelle stanno bene. Il paziente non è mai stato ammalato prima d'ora.

Egli narra che quindici giorni fa fu morsicato accidentalmente al dorso della mano destra da un grosso topo da chiavica di pelo bruno con chiazze bianche sul ventre. Dalla piccola ferita che gli venne tosto disinfettata dal farmacista del paese, uscì appena una goccia di sangue; ma dopo 5 o 6 giorni il ragazzo, spremendola con le dita, vide uscirne un piccolo frustolo duro e bianco che egli afferma di aver indubbiamente riconosciuto per un frammento di dente del topo. La ferita però non gli cagionò guari dolore, tanto che per alcuni giorni potè continuare a lavorare senza troppa molestia.

Solo dodici giorni circa dalla morsicatura egli cominciò a dolersi della mano che intanto si era tumefatta e poi anche del braccio su cui s'era diffusa rapidamente la gonfiezza malgrado gli impacchi al sublimato che aveva applicati sulla parte ammalata. Nello stesso tempo cominciò ad avvertire malessere generale, cefalea frontale, inappetenza e qualche lieve brivido di freddo; indi apparve la febbre che lo indusse ad entrare all'ospedale.

Esame obbiettivo. — L'infermo è un ragazzo di buona costituzione fisica, ma pallido, oligoemico e d'aspetto assai sofferente. È di carattere timido, quasi torpido, di intelligenza poco vivace ed è un poco balbuziente.

Egli presenta edema cospicuo al dorso della mano destra, al centro della quale sono tuttora visibili le tracce di una piccola ferita non ancora cicatrizzata, coi caratteri tipici delle ferite da morso, poco dolente alla pressione e secernente scarsa sierosità appena torbida. Anche il palmo della mano si presenta infiltrato e ispessito.

L'edema che si diffonde sull'avambraccio fino oltre il gomito è duro, elastico, ma non conserva l'impronta digitale, nè dà in alcuna parte senso di fluttuazione. La cute è tesa, lucente e leggermente arrossata in corrispondenza della piccola ferita, pallida invece nelle altre parti della mano e dell'avambraccio.

Le ghiandole linfatiche al gomito ed all'ascella destra sono tumefatte e dolenti alla palpazione.

Decorso della malattia. — La infiltrazione edematosa della mano e dell'avambraccio crebbe rapidamente nei giorni successivi e corrispondentemente anche la tumefazione e la dolenzia delle linfo-glandule epitrocleari ed ascellari; quest'ultime anzi crebbero tanto in volume da ostacolare i movimenti della spalla e da obbligare l'arto corrispondente in una posizione di abduzione, senza per altro presentare mai alcun segno manifesto di fusione.

Il 26 settembre si resero evidenti sull'avambraccio molteplici strie brune di linfangite, e il 2 ottobre comparve sul lato dorsale di esso una eruzione di macchie eritematose rosso brune, rotondeggianti e disposte in serie lungo le vie linfatiche ed estese dal pugno al gomito. Queste macchie scarse di numero (cinque o sei al più) erano pianeggianti e scomparivano colla pressione; ma nei giorni successivi si fecero rilevate, assumendo un aspetto di papule e di noduli a base infiltrata, del diametro di mezzo ad un centimetro e di colore intensamente bruno che non scompariva più del tutto colla pressione.

Finalmente qualche giorno appresso comparvero sul torace e sull'addome altre macchie eritematose simili a quelle del braccio, pure scarse di numero, che assunsero pure ben presto il carattere rilevato nodulare e che al pari di quelle persistettero a lungo prima di scomparire.

Caratteristica è la curva termica presentata dal paziente, che rivela un tipo di febbre ad esacerbazioni periodiche di quattro in quattro giorni risolventisi per crisi, precedute da oscillazioni di modico grado e clinicamente da brividi più o meno sensibili, accompagnata da aggravamento notevole dei sintomi generali e se-

guita da sudore profuso (Vedi tavola termometrica).

Le condizioni generali del paziente presentarono fasi di miglioramento e di peggioramento in dipendenza dagli accessi febbrili; il polso subì pure oscillazioni diverse, mantenendosi però quasi sempre frequente: le urine che all'inizio della malattia erano normali, presentarono qualche volta durante il suo decorso tracce di albumina; non vi si riscontrò però mai zucchero.

L'esame batteriologico e culturale del sangue riuscì negativo; quello citologico dimostrò le note caratteristiche dell'oligoemia.

Il trattamento ebbe di mira le manifestazioni locali e la infezione generale. La cura locale consistette principalmente in impacchi caldi al sublimato su tutto l'arto superiore destro compresa la regione axillo-pettorale adiacente, e nel riposo in posizione elevata permanente dell'arto.

Dinanzi a questo trattamento cedettero a poco a poco l'edema, il processo linfagioitico, gli ingorghi ghiandolari e l'esantema, non senza presentare però periodi di sosta e di regresso ad ogni nuovo attacco febbrile. Si mostrarono più resistenti alla cura gli ingorghi ascellari e le macchie papulo-eritematose disposte lungo le vie linfatiche. Alcune di quelle apparse sul torace e sull'addome furono trattate colla tintura di jodio, ma anch'esse tardarono molto a sparire del tutto.

La cura generale, semplicemente tonico-sintomatica nei primi giorni della malattia consistette a partire dal 4 ottobre in iniezioni intramuscolari di sublimato corrosivo di un centigr. ciascuna praticate giornalmente nelle regioni glutee.

Al terzo giorno dall'inizio di questa cura l'infermo presentò ancora un attacco febbrile in cui la temperatura oltrepassò i 40°, mai raggiunti fino allora; segno che l'infezione aveva toccato la sua massima intensità; ma dopo d'allora la temperatura prese a calare rapidamente fino a raggiungere definitivamente la norma, dopo un ultimo breve rialzo finale che toccò appena i 38°,9.

Ma più che la curva termica le cui vicende naturalmente non potevano sottrarsi alla influenza dei fenomeni infiammatorî locali, ci confortò in questo trattamento lo stato generale del paziente, il quale migliorò rapidamente, presentando una vivacità mai fino allora dimostrata, e la scomparsa della cefalea, dei brividi di freddo, del malessere generale ed il ritorno dell'appetito.

Questo miglioramento fu anzi così rapido e notevole che non fu possibile trattenere più a lungo il paziente all'ospedale come avrei desiderato per meglio controllarne e convalidarne la guarigione: egli, approfittando della mia temporanea assenza, volle essere ricondotto a casa, benchè non fossero ancora spariti del tutto gli ingorghi ghiandolari all'ascella destra.

Egli pertanto lasciò l'ospedale il 21 ottobre; ma io ebbi successivamente occasione di rivederlo ancora due volte, il 25 ottobre e il 27 dicembre, portatomi a visitare dai suoi parenti, i quali mi affermarono che il ragazzo non solo non aveva più avuto febbre, ma aveva anche buon appetito; tuttavia essi erano in pensiero vedendolo pigro e svogliato e parendo loro che egli non si rimettesse abbastanza presto in forze come aveva fatto sperare da principio e come si sarebbe aspettato data l'abbondante nutrizione. Essi sopra tutto temevano che egli fosse minacciato dalla stessa malattia, il diabete, che già aveva uccisi due suoi fratelli in giovanissima età. L'esame delle urine però non rivelò tracce nè di albumina nè di zucchero.

Il 25 ottobre io riscontrai nel ragazzo uno stato di profonda anemia che spiegava abbastanza la facile stanchezza e la pigrizia da lui accusate. Nulla riscontrai a carico dei visceri toracici e addominali. La ferita della mano destra era completamente cicatrizzata, ogni traccia di tumefazione scomparsa nella mano e nel braccio; le linfoghiandole dell'ascella destra ridotte a due piccolissimi noduli indolenti; soltanto in corrispondenza della regione interna del gomito si percepiva un piccolo ganglio linfatico alquanto dolente alla pressione. Le macchie eritema-papulose del braccio erano scomparse; invece quelle apparse successivamente sul torace e sull'addome, benchè molto attenuate, non erano ancora svanite del tutto.

Consigliai la campagna ed una cura ricostituente a base di arseniato di ferro a gocce.

Quando rividi il ragazzo il 27 dicembre 1916 lo trovai in migliori condizioni di nutrizione ma sempre molto pallido. Egli non accusava nessun disturbo particolare e conservava buon appetito ma si sentiva sempre fiacco e pigro. I suoi parenti dichiararono che egli aveva tratto poco vantaggio dalla campagna e dalla cura arsenicale e ferruginosa, forse perchè non l'aveva continuata quanto sarebbe stato necessario, non avendo consumato che una sola boccetta di arseniato di ferro Zambeletti.

Dall'esame obbiettivo nulla rilevai di anormale agli organi toracici e addominali; fegato e milza nei limiti fisiologici: nulla nelle urine. Si riscontrarono invece linfo-ghiandole multiple al collo ed alle cavità ascellari, piccole, dure, indolenti. Prescrissi quindi iniezioni ipodermiche di arseniato di ferro e di siero jodato alternate. Da allora non ebbi più occasione di rivedere l'infermo.

Concludendo, nel caso clinico surriferito dobbiamo rilevare sopratutto:

1° *dal lato famigliare*, condizioni di oligoemia costituzionale e la morte di due fratelli del paziente per diabete in giovanissima età; *dal lato personale* cloroanemia spiccata e deficienza psico-organica che possono aver creato nell'infermo particolari disposizioni alla infezione che lo ha colpito;

2° la specie del topo morsicatore che corrisponde a quella detta da chiavica a cui pare si debba attribuire oltre i caratteri di speciale aggressività, anche il maggior numero dei casi della malattia in discorso;

3° la permanenza in seno alla ferita per 6 giorni circa di un frammento di dente del to-

po infetto, che può aver favorito notevolmente l'insorgere della malattia ed il ritardo della cicatrizzazione della ferita stessa;

4° il decorso a periodi regolari della curva termica quando essa non fu influenzata da altro trattamento che da quello antisettico locale;

5° l'efficacia manifesta delle iniezioni di sublimato corrosivo sia sull'andamento della febbre, sia e più ancora sullo stato generale e sui principali fenomeni locali, edema, ingorghi ghiandolari, linfangiti, esantema;

6° lo stato di depressione profonda sviluppatosi nel paziente in conseguenza della malattia, sproporzionato affatto alla durata di questa ed alle stesse predisposizioni personali dell'infermo, e la persistenza dell'adinamia generale che protrasse lungamente la convalescenza.

* * *

L'esperienza di un solo caso non è certo sufficiente per basarvi delle conclusioni assolute sulla efficacia delle iniezioni di sublimato corrosivo nel trattamento del Sodoku; ma io credo che essa sia almeno incoraggiante, anche a prescindere dalle accennate considerazioni di analogia clinica, e forse anche eziologica, che avvicina questa malattia alle altre forme già note di spirochetosi; per cui ritengo giustificato insistere sulla cura da me sperimentata anche in riguardo alla sua innocuità.

Io poi che avendo seguito tutto il corso della malattia ho potuto osservare il rapido miglioramento dei fenomeni generali e il modificarsi della curva termica dopo le prime iniezioni di sublimato, e che dalla osservazione quotidiana del paziente ho potuto trarre tutto un cumulo di impressioni subbiettive che alle volte valgono a confermare più d'un fatto il nostro convincimento, io penso anzi che se l'infermo fosse rimasto più a lungo sotto la nostra osservazione ed avesse potuto continuare la cura per più lungo tempo, la sua guarigione avrebbe potuto essere meglio affermata e probabilmente sarebbe stata anche abbreviata la convalescenza.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE DI S. MARTA
DEL SOVRANO MILITARE ORDINE DI MALTA.

Di un segno semplice e facile a constatare nell'insufficienza circolatoria iniziale

per il prof. GIOVANNI GALLI,
direttore del riparto per cardiaci.

La diagnosi precoce costituisce il *desideratum* per ogni malattia, poichè le probabilità di risultato terapeutico favorevole diventano così maggiori. Gli sforzi dei clinici mirano alla diagnosi precoce, ed è noto quanti espedienti di semiotica e di laboratorio vengano usati, per es., nel campo della tubercolosi polmonare.

In cardiopatologia si è fatto e si va facendo lo stesso lavoro per poter giudicare precocemente la capacità funzionale del cuore. Uno dei sintomi, ai quali giustamente si annette importanza, è l'edema cutaneo. Come si sa, questo è provocato da una stasi venosa e rispettivamente linfatica nella cute e tessuto sottocutaneo, per cui la parte edematosa si fa tumida e la pressione del dito vi lascia un'impronta più o meno evidente — la così detta fovea — che sparisce dopo un tempo più o meno lungo, secondo la quantità del liquido travasato, l'elasticità della cute e la *vis a tergo* della circolazione.

Krehl, uno dei più competenti cardiopatologici, scrive che « per la diagnosi della debolezza cardiaca si deve tener conto anche del più piccolo edema ». D'altra parte i trattati di semeiotica insegnano che « l'edema si manifesta *anzitutto* e nel modo più intenso in quelle parti del corpo, dove la circolazione a causa della grande lontananza del cuore ed a motivo della gravità, è più danneggiata e quindi alle parti terminali delle estremità, ai piedi, alle mani, e stando il paziente a letto, nella regione sacrale » (Sahli, Romberg, A. Hoffmann, James Mackenzie, Huchard, ecc.).

Quest'ultima proposizione non è esatta. Io ho osservato con cura dove s'inizia l'edema dei cardiopazienti ed ho visto che esso di preferenza compare nella regione toracica e sopratutto nella regione del precordio e dello sterno. Non bisogna però fare la compressione col dito ma collo stetoscopio, il quale lascia un'impronta circolare netta di una durata, che può mettersi in rapporto collo stato di imbibizione della cute e del connettivo sottocutaneo e col grado di pressione circolatoria nella zona osservata.

È curioso come non si sia fissata l'attenzione dei semeiotici su questo semplice segno, tanto

più che esso appare così evidente, dopo avere ascoltato il cuore di un individuo con circolo difettoso, che i vari punti di ascoltazione permangono come bollati dalle fovee dello stetoscopio. Nei casi iniziali, se si ripete la compressione collo stetoscopio su altre parti del corpo (regione tibiale malleolare, dorso) non si può provocare alcuna fovea. Queste per così dire «tracce di edema» non sono del tutto trascurabili, possono guidare il giudizio e permettere un certo controllo sull'andamento della stanchezza cardiaca, secondo cioè lo sparire o lo aumentare dell'edema precordio-sternale.

Il segno poi ci può dare luce anche su certi aumenti di peso patologici dei cardiopazienti, non per aumento di tessuti utili, ma per imbibizione acquosa dell'organismo, senza dar luogo ad edemi degli arti.

D'altra parte è strano come si presenti edema in una parte del corpo, che si trova così vicina al cuore, allo stesso livello di gravità idraulica, quando l'uomo sta in piedi e ad un livello anche superiore, quando è coricato. Queste sono condizioni precisamente opposte a quelle indicate dagli autori, come determinanti dell'edema da stasi.

Devono esistere condizioni speciali, che favoriscono l' insorgere dell'edema precordio-sternale. La circolazione della linfa è subordinata alla pressione, con cui circola il sangue nei capillari, per cui in ultima analisi è da mettersi in rapporto colla forza del cuore. Ma altre cause vi sono e cioè i movimenti attivi e passivi dei muscoli, i quali mentre si contraggono e si rilasciano, esercitano azione benevola come sulla circolazione venosa, così sulla linfatica. Anche la meccanica respiratoria ha un'influenza notabile sul movimento delle linfe. Durante l'inspirazione si forma una pressione negativa nel torace, che aspira il sangue venoso, accelerandone il corso, ed indirettamente la linfa, i cui due canalicoli principali vanno, com'è noto, a sboccare nelle due vene succlavie.

La regione del precordio e sternale, essendo povera di muscoli, si trova in condizioni di inferiorità di fronte ad altre regioni, per cui viene a far difetto un fattore importante della circolazione venosa e linfatica. La regione pretibiale, senza muscoli, sta in condizioni migliori, poichè la contrazione ed il rilascio dei potenti fasci muscolari della gamba fa tendere e rilasciare la cute pretibiale, in maniera più energica, che non possono fare i muscoli della respirazione, che del resto nella stanchezza cardiaca si contraggono meno ampiamente, essendo il respiro più frequente e superficiale.

Una zona paragonabile a quella sternale è la frontale, dove in realtà spesso si trova anche l'edema iniziale, come al precordio.

Disturbi idraulici al torace furono già notati. Un sintomo, che presenta interesse per il segno, che sto rilevando, è la corona lineare di venuzze dilatate, lungo le arcate costali, e che viene messa in dipendenza di stasi locali, nelle vicinanze dell'inserzione del diaframma e da v. Noorden interpretata come segno di incipiente stasi nei polmoni, specialmente dei soggetti adiposi.

Il segno, di cui qui è parola, non vi trova sempre nei cardiopazienti, anche organici, con evidenti vizi valvolari, quando siano bene compensati, mentre d'altra parte si incontra anche in individui con valvole integre, ma con circolo difettoso. Si associa spesso a manifestazioni precordialgiche, a parestesie, a sensazioni di peso o di molestia nella regione del cuore. Non sembra del tutto illogico supporre un certo nesso fra questo segno e le parestesie ed algie precordiali. Il massaggio locale, le vibrazioni, certe applicazioni elettriche sono utili in queste noiose e così frequenti manifestazioni e non è improbabile che queste manovre terapeutiche sortano buon effetto, perchè stimolano la circolazione venosa e linfatica della parte.

Ad ogni modo mi pare che il segno abbia qualche valore diagnostico e prognostico e che meriti per la sua semplicità di attrarre una maggiore attenzione dei medici.

Roma, ottobre, 1917.

SERVIZI SANITARI.

Sul servizio chirurgico al fronte.

Prof. GEROLAMO GATTI.

Fin dal principio della guerra è apparso vitalissimo problema l'organizzazione dei servizi sanitari di 1ª linea per il massimo rendimento delle singole attività e dei mezzi di cui possiamo disporre e molti si sono occupati dell'argomento in questa ed altre Riviste.

Prestando servizio in un ospedale da guerra al fronte ho potuto osservare il funzionamento dei nostri *servizi chirurgici avanzati* e così mi permetto di occuparmi qui di essi, degli *inconvenienti* osservati e delle *riforme* che mi parrebbero del caso.

1° *Numero insufficiente di chirurghi di professione.* — È questa una grave deficienza del nostro servizio chirurgico di guerra. Per renderla minore occorrerebbe aumentare la mobilitazione dei chirurghi. I clinici chirurghi fecero già la proposta di essere mobilitati. Ed è certo che anche i patologi chirurghi ed i chirurghi primari tutti sarebbero ben contenti di essere mobilitati in quel qualsiasi modo che piacesse all'autorità sanitaria militare di utilizzare l'opera loro in modo da renderla veramente proficua. E si avrebbe così un maggior numero di chirurghi provetti da poter mandare in zona di guerra, ripartendoli e anche avvicendandoli e tenendo conto di tutti gli elementi del caso.

2° *Minore utilizzazione dei chirurghi e minor rendimento loro:*

a) Personale. — Ciò si deve innanzitutto ad una questione di personale: I. I clinici chirurghi avevano fatto la proposta di essere mobilitati con tutto il loro personale. Invece si sono *mobilitati i singoli chirurghi* e non si è ancora potuto prendere la decisione di *mobilitare cliniche e reparti chirurgici.* E' troppo noto come ogni chirurgo col proprio personale affiatato possa compiere un lavoro assai maggiore e più proficuo che non con un personale fluttuante così da non poter mai arrivare ad addestrarlo. Conveniva dal principio mobilitare cliniche e reparti e tutt'al più, dato il bisogno, distaccare da essi soltanto quegli Aiuti ormai maturi per fare da sè, allo scopo di farli diventare capi-reparto con personale assistente stabile. E se ciò perturberebbe facendolo ora d'un tratto si potrebbe a ciò procedere gradatamente e soprattutto nei periodi invernali, o comunque di minor azione. II. Occorrerebbe poi evitare i *lunghi periodi di inoperosità dei chirurghi nelle unità ospitaliere avanzate,* dovuti al fatto che dopo il rapido sgombero dei feriti esse restano vuote, o quasi fino a nuove azioni. Codeste prolungate inattività non solo costituiscono un minor rendimento di ogni singolo chirurgo, ma sono deprimenti allo spirito dei chirurghi abituati all'operosità e svogliano, soprattutto i volontari, o dall'andare, o in ogni caso dal permanervi con continuità. A ciò si potrebbe provvedere, o con lo spostamento dei nuclei e gruppi chirurgici come propone il Perez (Sez. pratica del *Policlinico,* 19 agosto 1917), o, come chiarirò meglio più avanti, aumentando il numero dei letti degli ospedaletti da campo, così che una parte di essi possa essere destinata alla permanenza dei feriti dando così modo ai chirurghi che vi si trovano di avere anche fra un'azione e l'altra degli infermi in cura.

b) Mezzi. — La minor utilizzazione dei chirurghi e quindi il minor rendimento loro si deve oltrechè ad una questione di personale ad una questione di *mezzi,* poichè molti ospedaletti avanzati, o per la loro ubicazione, o per le condizioni dei loro locali, o per il loro insufficiente arredamento soprattutto in fatto di servizi tecnici (di indagini sugli infermi, di operazione e di medicazione) non si trovano in condizioni adeguate per l'esplicazione di tutta l'attività che chirurghi provetti potrebbero proficuamente dare. Si potrebbe provvedere a togliere tale manchevolezza sviluppando maggiormente tutti i mezzi adeguati per il più alto esercizio della chirurgia in tutti quegli ospedali avanzati e delle retrovie che possano essere diretti da chirurghi competenti, come pensa del resto e come ha fatto per quanto ha potuto il gen. med. prof. Bonomo nella sua Armata (Congr. Soc. ital. di chir., 5 marzo 1917).

3° *Mancanza di «unità di indirizzo» e di «concreta responsabilità nelle successive cure cui è sottoposto un ferito nei suoi vari passaggi dalle linee di azione fino alle retrovie e alla zona territoriale:*

a) Unità di indirizzo. — È certo che ora il direttore di sanità non ha modo di dare unità di indirizzo chirurgico agli ospedali del suo Corpo d'armata, perchè la sua scelta non è fatta con criterio prevalentemente chirurgico, perchè la sua funzione prevalente è di organizzazione (ed è assorbito dal lavoro di costituzione degli ospedali, in modo particolare dal lavoro direttivo nello sgombero dei feriti, ecc.), perchè infine dati i frequenti spostamenti dei Corpi d'armata i direttori di sanità, che ne seguono le sorti, si spostano di frequente e abbandonano spesso dopo pochi mesi il gruppo di ospedali ad essi affidato per andare ad assumere la direzione di un altro gruppo nella nuova zona in cui si reca il loro Corpo d'arma-

ta. Così il mio ospedaletto dal maggio all'ottobre 1917 ha cambiato tre direttori di sanità. Come può il direttore di sanità in tal modo costituirsi un corpo di ospedali secondo un determinato programma di organizzazione e secondo un determinato indirizzo se, appena conosciuti gli ospedali e appena affiatato con direttori e capi-reparti di essi, deve cedere il posto ad un altro?

Per tutto quanto sopra le sparse unità ospitaliere di ogni Corpo d'armata, in mancanza di un Direttore di « Settore chirurgico », come è stato proposto da Alessandri e Bastianelli (Sez. pratica del *Policlinico*, 25 marzo 1917), seguono indirizzi diversi senza legame, se ne togli quel filo scientifico che Congressi e Riviste creano a collegare le direttive, Congressi e Riviste però che generalmente valgono solo per i chirurghi di professione, perchè gli altri non partecipando a Congressi e non avendo spesso le Riviste ed essendo già abituati ad altre funzioni mediche non ne risentono, o ne risentono assai meno l'influenza.

Ove proprio non si creda di accogliere la proposta di un Direttore di « Settore chirurgico » potrebbe a ciò provvedere la organica creazione di Consulenti chirurghi di Armata, o di Consulenti chirurghi di Corpo d'armata che anche il Faralli propugna (Sez. pratica del *Policlinico*, 15 aprile 1917), come ne esistono già e che (mobilitando in maggior numero i chirurghi) si potrebbero avere in numero e con competenza sufficienti.

b) Responsabilità. — Quanto alla concreta responsabilità nelle successive cure dei feriti si potrebbe provvedervi riducendo gli eccessivi passaggi dei feriti negli ospedali della zona di guerra mandandoli direttamente, o dalla Sezione di sanità, o dall'Ospedaletto da campo ad una sede ospitaliera definitiva dove debba svolgersi la loro cura. Diminuendo il numero dei passaggi e dando organicità tecnico-professionale ad ogni zona di Corpo d'Armata (o con Direttore di Settore, o con Consulente) sarà più facile la ricerca della responsabilità dei curanti e soprattutto sarà assai meglio stimolato il sentimento della responsabilità e l'interessamento clinico-operativo dei curanti.

4° *Sgombero dei feriti.* — Un grave inconveniente è quello dei numerosi passaggi che i feriti devono fare dai « Posti reggimentali » alle « Sezioni di Sanità » e dalle « Sezioni di Sanità agli Ospedali successivi.

a) I feriti quando giungono ad un Ospedaletto avanzato dopo l'azione hanno il massimo bisogno di riposo: basta vedere codesti feriti cadere spesso appena giunti in un sonno che pare letargo per comprendere l'esaurimento nervoso a cui le fatiche, le emozioni e l'alimentazione irregolare durante l'azione hanno condotto i feriti e come sia penoso doverli scuotere per fare sgombrare, talora dopo poche ore di sosta.

b) Un prolungato riposo favorirebbe una pronta ripresa delle condizioni generali e quindi un risveglio di tutti i poteri di difesa e di reazione contro le infezioni, le quali trovano certo nello stato di depressione generale dei feriti le più adatte condizioni di sviluppo.

c) Contro lo sviluppo di gravi infezioni e per la più perfetta cura della lesione sarebbe assai più efficace un soccorso chirurgico pronto e *completo*, cioè una vera e propria sistemazione definitiva dell'ammalato, con permanenza di esso per le cure post-operative necessarie fino a che sia tolto ogni pericolo di complicazione, o comunque di compromissione del risultato curativo, invece delle medicazioni affrettate, necessariamente incomplete che si fanno ora nei numerosi passaggi, in cui il curante ha una minore responsabilità ed un minore interessamento clinico-operativo di quello che avrebbe se sapesse di avere affidato l'ammalato per la cura completa.

A codesto inconvenienete dei numerosi passaggi successivi si propone dall'Alessandri (Sez. Pratica del *Policlinico*, 15 luglio 1917), di porre riparo nel modo seguente: la « Sezione di Sanità », medicati e opportunamente sistemati con apparecchi provvisori i feriti, dovrebbe mandarli con vetture automobili, in barelle, o seduti, non come ora agli « Ospedaletti da campo », cioè agli Ospedaletti della zona mobile, ma *direttamente più indietro agli Ospedali della zona fissa a 20-25, o al più a 30-40 chilometri.*

Io credo che un altro modo di porre riparo all'inconveniente in parola potrebbe essere anche quello di *dare maggior sviluppo di letti, di servizio e di personale tecnico chirurgico agli attuali Ospedaletti da campo.* Con questo del resto non si farebbe che rendere organica la naturale tendenza che, sotto l'impulso della necessità, essi hanno ad aumentare il numero dei loro letti. Infatti molti Ospedaletti, per sgombrare meno tumultuosamente i feriti loro inviati, hanno portato i loro letti da 50, a 100, a 200, ciò che rende possibile di destinare un numero anche rilevante di letti per trattenere più a lungo gli sgombrabili (medicandoli convenientemente prima dello sgombero) e destinare una parte di letti a trattenere un certo numero di feriti gravi, anche cavitari, per operarli, cioè per una cura chirurgica operativa completa con permanenza e cure post-operative.

Di fronte a certi casi di ammalati che arrivano agli Ospedaletti da campo con emorragie, alle quali l'affrettata emostasi dei primi posti di soccorso ha potuto provvedere solo in modo incompleto e che presentano una continuata per quanto limitata perdita di sangue, di fronte a certi stati di grave depressione ecc., vien fatto di considerare che in molti casi è preferibile che i feriti arrivino all' « Ospedadetto da campo » un paio d'ore prima di quello che agli « Ospedali della zona fissa » a 20-40 km. indietro e abbiano all'Ospedaletto da campo una più pronta cura ospitaliera. E la « Sezione di Sanità » (che dovrebbe medicare e sistemare con apparecchi provvisori i feriti mandandoli direttamente indietro agli Ospedali della zona fissa, saltando via gli Ospedaletti da campo), potrà essa, tanto assorbita nel lavoro di *smistamento*, di *ricovero* dei non trasportabili non operabili ecc., compiere anche tutto il lavoro di medicazione che dovrebbe essere maggiore di quello attuale dovendo sistemare ammalati per un maggior percorso? E quando pure riesca a farlo lo potrà nelle condizioni in cui può compierlo l'Ospedaletto avanzato e potrà esservi sempre ivi la calma, quando pure vi sia tutta la competenza clinico-operativa che si richiede per decidere rapidamente della precisa lesione e delle precise indicazioni di intervento e per decidere con sicurezza se si tratti di un ammalato da inviare per l'intervento, o all'Ambulanza chirurgica, o all'Ospedaletto avanzato chirurgico anzichè più indietro all'Ospedale della zona fissa sopra accennato, destinato a ricevere i feriti delle parti molli, moltissimi fratturati anche leggierissimi?

Cosicchè a me parrebbe che mentre la maggior parte dei feriti potrebbe essere mandata direttamente dalle Sezioni di Sanità agli Ospedali della zona fissa, specialmente i leggierissimi, un certo numero potrebbe passare per gli Ospedaletti da campo, dove si potrebbe con mezzi maggiori che nella Sezione di Sanità e più prontamente che negli Ospedali di zona fissa procedere alle urgenti cure e alla decisione sulla indicazione operativa, per sgombrarli negli Ospedali della zona fissa con quella maggior calma che il diminuito afflusso dei feriti e l'aumentato numero dei letti dell'Ospedaletto da campo consentirebbe.

Il Faralli non approva l'espressione « zona fissa » perchè in caso di spostamento anche gli Ospedali di detta zona si spostano e ciò a rigor di termini è vero, ma io l'ho usata per meglio intenderci dato l'uso fattone dall'Alessandri, il quale certo ha dato a detta espressione un valore di relatività.

5° *Ubicazione e mobilità degli Ospedaletti da campo.*

a) Ubicazione. — Non v'è dubbio che la lunga portata delle artiglierie in questa guerra ha sconvolto il criterio delle guerre precedenti per cui « gli Ospedali » dovevano avere *la più grande vicinanza alla linea d'azione.* Gli Ospedali da campo nella guerra attuale debbono stare ad una distanza non inferiore ai 6-8 km. dalla 1ª linea, necessità i cui inconvenienti sono diminuiti dalla maggior rapidità attuale dei mezzi di trasporto. Le stesse Ambulanze chirurgiche debbono seguire tale legge; il Bonomo osserva che nell'Armata in cui egli era Direttore di Sanità fu tentato di mantenere le Ambulanze chirurgiche in posizioni più avanzate degli Ospedali da campo, ma si dovette presto rinunciare a ciò per l'assoluta necessità di un ambiente tranquillo e sicuro per i feriti innanzitutto e ciò pure afferma il Faralli per la sua esperienza di Direttore di Sanità di Corpo d'Armata.

Data la necessità di codesta maggior distanza degli Ospedaletti dalla linea d'azione e quindi il maggior percorso che devono fare i feriti per arrivarvi si è dimostrato in questa guerra insufficiente *il servizio di sgombero,* cioè troppo scarse le « Squadre di porta-feriti », troppo scarse le « Autoambulanze » assegnate alle Sezioni di Sanità e non adeguato l'organismo della « Sezione di Sanità », ove, oltre al « Ricovero » per assistenza ai gravissimi non trasportabili (ciò che, come nota il Faralli, è richiesto anche dai nostri regolamenti), occorrerebbe anche un « Piccolo reparto chirurgico » che, secondo lo schema Alessandri-Bastianelli, sarebbe una parte più mobile dell'Ambulanza chirurgica distaccata presso la Sezione di Sanità e, secondo il Perez, potrebbe essere anche campo d'azione dei « Nuclei, o gruppi chirurgici specializzati d'Armata » che nei periodi di grande azione potrebbero trasferirsi fin là e dove sarebbero operati i gravissimi operabili non trasportabili che sarebbero poi mandati al « Ricovero » sopra indicato.

b) Mobilità. — Nelle guerre precedenti, essenzialmente manovrate, dominava il criterio per cui gli ospedali dovevano avere la *massima mobilità.* In questa guerra invece, prevalentemente di trincea, gli eserciti rimangono per lunghi periodi nelle stesse posizioni e la mobilità richiesta agli Ospedali è perciò minore. Però il fatto che la nostra guerra era stata fino ad ora di posizione, senza rilevanti spostamenti aveva fatto passare forse troppo in seconda linea il concetto della *mobilità* degli Ospedali e ne abbiamo sentito le dolorose con-

seguenze nella recente ritirata in cui tante costruzioni fatte e in corso si dovettero abbandonare e in cui per insufficienza di mezzi di trasporto si dovette abbandonare grandissima parte del materiale di arredamento dei nostri Ospedali.

Nella guerra attuale si hanno periodi di lunghe permanenze in trincea, ma non manca di tanto in tanto l'azione manovrata e gli Ospedali da campo debbono essere forniti dei mezzi per potersi spostare rapidamente. E tali mezzi debbono essere rilevanti perchè i più importanti interventi operativi e le maggiori esigenze tecniche della Chirurgia moderna, più che Ospedaletti semplicemente arredati purchè mobilissimi, richiede impianti ospitalieri *con abbondante arredamento*, ciò che crea esigenze maggiori per una pronta mobilità.

Le Ambulanze chirurgiche riuniscono il requisito della *massima mobilità* con quello del *sufficiente arredamento tecnico* e sarebbe ottima cosa averne un gran numero per poterle utilizzare affiancate nel modo più opportuno ad un gran numero di letti per il loro massimo rendimento. Il loro vantaggio però non consiste tanto,. per ciò che ho detto sopra, nel potersi avvicinare con esse, come si credeva, alla linea d'azione più degli Ospedaletti da campo, quanto nel fatto di una maggior mobilità nell'eventualità di spostamenti. Ma poichè l'alto costo delle Ambulanze chirurgiche ne limita il numero e gli Ospedaletti da campo resteranno in pratica l'elemento preponderante cui è assegnato, come dice il Rossi Doria, la *buona chirurgia da guerra* (Sez. Pratica del *Policlinico*, 15 aprile 1917) e poichè essi possono esser messi in condizione di eseguire anche interventi cavitari, bisognerebbe poter dare a questi Ospedaletti i mezzi di trasporto adeguati, ciò che non si è potuto fare fin qui lasciandoli dotati di pochi carretti e di pochi cavalli e muli, mentre *una adeguata dotazione di auto-carri permetterebbe ad ogni Ospedale da campo la massima mobilità*, soprattutto nella ricca rete stradale delle nostre colline e della nostra pianura, e in caso di ritirata il salvataggio di tutto il materiale, ciò di cui ognuno comprende l'importanza dal punto di vista del valore del materiale e dei vuoti che la perdita di esso determina nell'organizzazione sanitaria dell'esercito soprattutto in momenti di grave bisogno e di men facile ricostruzione.

Conclusioni. — Concludendo io credo che per migliorare il servizio chirurgico al fronte, cioè per organizzare nel modo più proficuo le magnifiche energie sanitarie che si sono manifestate in soccorso dei nostri feriti, tenuto conto del crescente accordo fra coloro che si sono occupati dell'argomento, si dovrebbe provvedere a quanto segue:

1° Le « Sezioni di Sanità » dovrebbero compiere la funzione di *smistamento* mandando alle Ambulanze chirurgiche, o agli Ospedaletti da campo i feriti che si ritenessero bisognosi di cure operative urgenti, o di urgeneti particolari medicazioni e gli altri direttamente agli Ospedali di 2ª linea. La Sezione di Sanità dovrebbe compiere anche la funzione *di ricovero dei non trasportabili non operabili* e avere accanto un *piccolo reparto chirurgico* (Sezione avanzata di un'Ambulanza, o di un Ospedaletto da campo) per la *cura dei feriti gravissimi non trasportabili operabili.*

2° Gli « Ospedaletti da campo » dovrebbero assumere un *maggior sviluppo di servizi chirurgici* (mezzi di indagine, sale di operazione e di medicazione) e *di letti* con largo uso di tende apposite e, quando vi siano chirurghi provetti, dovrebbe avere due sezioni: una *sezione di passaggio*, la più numerosa di letti, destinata al passaggio dei feriti (trattenendoli il tempo sufficiente per l'adeguato riposo, esaminandoli con maggiori mezzi e con più calma che nella Sezione di Sanità e qualora non siano da operarsi sgombrandoli direttamente all'Ospedale di zona fissa per la cura completa), l'altra, *sezione operatoria*, destinata alla permanenza dei feriti, addominali, cranici, con gravi lesioni ossee e articolari, operandoli e trattenendoli poi fino a cura completata e assicurata.

Assieme a codesti Ospedaletti da campo potrebbero funzionare anche, nella più adatta ubicazione, le « Ambulanze chirurgiche », o se del caso anche qualche « Ospedaletto da campo specializzato » per la sola cura degli addominali.

3° Gli « Ospedali da campo » dovrebbero essere forniti di un numero di autocarri adeguato al bisogno dei più rapidi sposamenti.

4° Negli Ospedali da campo di 2ª linea istituzione di grandi centri chirurgici specializzati per la Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico, per le gravi lesioni ossee ed articolari e in genere per la cura dei feriti gravi trasportabili onde accogliere tutti i feriti che non potessero essere operati in zona di 1ª linea negli « Ospedaletti da campo » o per il numero eccessivo dei feriti, o per la mancanza in questo, o quel punto della zona di Ospedaletti da campo con *sezione operatoria*, cioè organizzati e funzionanti in modo da poter compier essi tale funzione.

5° Una maggior mobilitazione dei chirurghi destinandoli ai servizi di zona di guerra, o

al servizio territoriale a seconda del caso, od anche avvicendandoli fra l'uno e l'altro servizio.

6° Mobilitazione progressiva degli istituti universitari e dei reparti ospitalieri chirurgici (anzichè dei chirurghi singoli come fin qui), dando così modo ad ogni chirurgo operatore di avere il proprio personale assistente. Dagli istituti universitari e dai reparti ospitalieri si potranno distaccare solo quegli Aiuti ed Assistenti che abbiano raggiunta la maturità per dirigere essi stessi un reparto ospitaliero militare.

7° In ogni Ospedale dare e mantenere al Chirurgo operatore un numero adeguato di Assistenti, per quanto limitato allo stretto necessario. In ogni caso poi gli Assistenti devono essere fissi onde ne sia possibile l'addestramento e si possa avere l'affiatamento nel reparto.

8° Per favorire l'unità di indirizzo chirurgico sviluppare quanto più possibile l'istituzione dei Consulenti di Armata e di Corpo di Armata, i quali potrebbero costituire un corpo consulente tecnico destinato a collegare le direttive delle varie zone e a favorire l'unità di indirizzo su tutto il fronte.

Commissioni di Chirurghi e riforme. — Ho esposto alcune mie critiche e alcune mie proposte, accennando anche alle osservazioni di altri che si sono autorevolmente occupati dell'importante argomento. Io mi permetto però di ritenere che sarebbe assai utile che la superiore autorità sanitaria militare, raccogliesse attorno a sè una *Commissione di Chirurghi*, ben esperti, autorevoli, per concretare, ora, ad esperienza fatta, le proposte atte a modificare e perfezionare l'organizzazione attuale. La non breve esperienza, le numerose osservazioni e discussioni fatte, la crescente concordia nelle proposte fanno prevedere proficua l'opera di una tale Commissione, di cui potrebbe giovarsi l'*Autorità sanitaria militare* per i solleciti desiderati provvedimenti destinati a perfezionare il servizio chirurgico in soccorso dei nostri feriti al fronte.

Firenze, novembre, 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La vagotonia.

(DZIEMBOWSKI. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1917, n. 1).

In seguito agli esperimenti farmacologici di Gottlieb e Meyer ed alle classiche osservazioni cliniche di Eppinger ed Hess fu dimostrato la esistenza di uno speciale stato morboso, che si manifesta con una anormale preponderanza del tono del vago. Questo stato fu detto vagotonia. Ma la teoria delle malattie vagotoniche malgrado la sua notevole importanza non fu presa in conveniente considerazione e solo ora la guerra mondiale, durante la quale se ne sono avute più frequenti manifestazioni, ha ridato a tale teoria il più vivo interesse.

Eppinger ed Hess dimostrarono che alcuni individui reagiscono più vivacemente dei normali alle sostanze vagotropiche e simpaticotropiche, ossia alla pilocarpina e all'atropina, e rispettivamente all'adrenalina. Gli stessi autori trovarono che nelle neurosi vegetative, che non hanno un'origine isterica, le iniezioni di pilocarpina producono un aggravamento dei sintomi, mentre quelle di atropina determinano un miglioramento. Da ciò essi inferirono che queste malattie hanno la loro causa in un aumento dell'attività tonica del vago.

Per comprendere ed apprezzare giustamente i processi che si svolgono in tali stati morbosi è necessario ricordare che il vago ed il simpatico regolano la funzione automatica degli organi vegetativi in modo che il primo ha un'azione stimolante ed il secondo deprimente. Lo aumento quindi del tono di uno di detti nervi provoca un rinforzo e rispettivamente un indebolimento della normale funzione degli organi vegetativi. Ma poichè il tono del vago e del simpatico secondo le ricerche di Langley, Falta e Biedl è influenzato dagli ormoni, è naturale che la disfunzione della glandole endocrine determina un'alterazione del tono stesso e quindi dell'attività degli organi vegetativi. Non tutti però gli individui reagiscono ugualmente all'azione degli ormoni. Ci sono individui nei quali la disfunzione delle glandule endocrine non provoca alcuna modificazione del tono dei nervi vegetativi. La vagotonia quindi come la simpaticotonia, ossia la speciale sensibilità dei rispettivi nervi, è una condizione organica, innata, costituzionale. Questa considerazione ci dà ragione del fatto che nei vagotonici si riscontrano sì frequenti anomalie di sviluppo,

quali asimmetrie facciali, anomalie dell'impianto delle orecchie, dei capelli, ecc. Anche il linfatismo e la diatesi essudativa accompagnano non di rado la vagotonia.

Sul terreno adunque di questo speciale stato originario del sistema nervoso vegetativo per influenza di determinate cause morbose, e più specialmente per azione di ormoni si determina un disquilibrio con prevalenza del tono del vago.

Tra i sintomi generali più importanti della vagotonia vanno innanzi tutto notati l'allargamento della rima palpebrale, che talora dà l'impressione di un esoftalmo, e la miosi, sintomi che si spiegano appunto con un aumento della funzione del vago. Un sintomo molto importante è anche il fenomeno di Aschner consistente in una diminuzione della frequenza del polso in seguito alla pressione digitale esercitata sui bulbi oculari. Talora questo fenomeno è accompagnato da vertigini, vomito e qualche volta anche da sincope.

Nella vagotonia si trovano inoltre alterazioni del polso in rapporto al ritmo respiratorio, nel senso che durante l'espirazione il polso è più lento e più pieno che nella inspirazione.

Lo stesso momento causale spiega il fatto che nella vagotonia esiste il fenomeno di Erb, ossia un rallentamento del polso quando il paziente si trova in posizione curva in avanti.

Altri sintomi importanti sono l'aumento della secrezione del sudore ed il dermografismo, che è l'espressione della ipertonia dei nervi vasodilatatori autonomi. Con lo stesso meccanismo si devono spiegare le grosse macchie rosse che si hanno di frequente nei vagotonici alla faccia, al collo, al petto e che scompaiono molto lentamente.

L'abbassamento della pressione del sangue si può mettere in rapporto con la ipotonia del simpatico che accompagna la vagotonia. Allo stesso fatto si deve attribuire l'aumentata tolleranza allo zucchero.

L'ammalato accusa inoltre varî disturbi come la cefalea, l'insonnia, la debolezza e la facile stanchezza muscolare.

La costituzione organica vagotonica costituisce il terreno fondamentale sul quale possono svilupparsi vere malattie funzionali di varî organi, e ciò sia per azione di ormoni qualitativamente o quantitativamente alterati, sia per azione di abnormi stimoli psichici o fisici.

Gli organi più frequentemente colpiti sono quelli dell'apparato digerente. Le affezioni vagotoniche dell'esofago si manifestano sopra tutto con crampi localizzati di solito al cardias.

In rapporto al fatto che gli impulsi del vago attivano la secrezione e la motilità della parete gastrica, le neurosi vagotoniche dello stomaco si manifestano sotto il quadro della ipersecrezione, della iperacidità, del pilorospasmo, dell' alterata motilità e del rapido svuotamento del contenuto gastrico. Il riconoscimento di questo stato morboso e la eventuale diagnosi differenziale con l'ulcera dello stomaco offrono spesso gravi difficoltà.

Anche l'intestino crasso è spesso colpito dalla neurosi vagotonica. Il vago fisiologicamente eccita la musculatura longitudinale e trasversale di questo tratto dell'intestino e corrispondentemente la pilocarpina eccita e l'adrenalina ne paralizza l'attività secretoria della mucosa. Sulla base di queste considerazioni ci si può spiegare come la costipazione spastica e la colite catarrale si possono sviluppare sul terreno vagotonico. Nei vagotonici per altro possono anche verificarsi imponenti forme diarroiche.

L'A. pensa che anche l'asma bronchiale sia una forma vagotonica.

Parla in favore di questa etiologia la frequente coesistenza di altri tipici sintomi vagotonici ed il fatto le iniezioni di adrenalina, che eccita il tono del simpatico e deprime quello del vago, hanno una benefica influenza sull'asma.

Non si può negare che la vagotonia può provocare anche disturbi della funzione renale. L'A. aveva già intraveduto in base allo studio di alcuni casi da lui osservati, che l'albuminuria ortostatica è spesso una manifestazione vagotonica. Questa opinione fu confermata dalle ricerche di Asher, il quale dimostrò che la secrezione renale è fondamentalmente automatica, ma che tuttavia essa è influenzata dal sistema nervoso vegetativo in modo che l'eccitazione del vago l'aumenta, mentre quella del simpatico la inibisce. Lo stesso Asher dimostrò che il simpatico tende a restringere il lume dei vasi renali, tanto che l'eccitazione dello splancnico può determinare anuria. Queste considerazioni messe in relazione col fatto che negli individui affetti da albuminuria ortostatica sono presenti altri sintomi vagotonici fanno ritenere sicuro all'A. che detta affezione non è altro che la espressione di un disturbo circolatorio renale d'origine vagotonica. Ciò è in contraddizione con la teoria di Iehle, che attribuisce l'albuminuria ortostatica ad una lordosi lombare; ma l'A. obbietta che quest'ultima più che una causa del disturbo renale si deve considerare come l'effetto della debolezza muscolare, che è anche essa un sintomo della vagotonia.

Per quel che riguarda la patogenesi della vagotonia si è già notato che essa consiste nello squilibrio tra il tono del vago e quello del

simpatico con preponderanza del primo. Questo squilibrio può essere determinato tanto da una effettiva esagerazione del tono del vago come da un abbassamento del tono del simpatico. Orbene tutte le circostanze concorrono a fare credere che in realtà si tratta di una diminuzione dell'attività tonica del simpatico, la quale sarebbe determinata dalla diminuzione dell'adrenalina circolante nel sangue e quindi dalla insufficienza delle glandule surrenali. In favore di questa ipotesi parla il reperto ematologico (aumento dei leucociti neutrofili e diminuzione degli eosinofili) simile a quello che si ha nella insufficienza surrenale, l'astenia muscolare, l'aumentata tolleranza allo zucchero, abbassamento della pressione sanguigna, ed il fatto che molti dei sintomi della vagotonia cedono con la somministrazione di adrenalina. Non è dubbio per altro che, come succede in tutte le altre malattie dipendenti da alterazioni delle glandule endocrine, vi sia disfunzione anche di altre glandule a secrezione interna, e più specialmente dell'ipofisi.

La terapia della vagotonia non è ancora molto promettente. Giovano le cure ricostituenti e l'atropina. Il trattamento a base di adrenalina non è conveniente, meglio risponde la somministrazione della sostanza midollare di glandule surrenali fresche, ed anche l'ipofisina. La dieta deve essere prevalentemente lacto-vegetariana.

DR.

CHIRURGIA.

La tecnica e il trattamento nelle operazioni dello stomaco.

(GEORGE W. CRILE, *Annals of Surgery*).

Sebbene la chirurgia gastrica abbia attratto l'attenzione dei principali uomini dell'epoca da Billroth a Mayo, sebbene sia stato messo in opera ogni artifizio di tecnica per qualsiasi piano di trattamento suggerito da studi tenaci, la mortalità nella maggioranza dei casi permane alta.

Se un miglioramento v'ha da essere sui risultati già assicurati, è ovvio che non si potrà ottenere da un giudizio più accorto, da una esperienza più larga, da una tecnica più raffinata, ma dovrà sorgere per quache altro fattore. È solo con l'estendere la nostra visione, sì da comprendere più completamente il paziente nel suo complesso, oltre che la lesione locale, che si potranno avere dei progressi.

Se consideriamo che la vita è solo possibile in un mezzo alcalino, che le sorgenti dell'alcalinità del corpo sono l'alimento e l'acqua, e che le principali esplicazioni della vita — mantenimento del calore corporeo, produzione di azione muscolare, ecc. — generano dei sottoprodotti acidi, si vede subito che in un paziente in cui l'ingestione del cibo sia stata ridotta al minimo per una ostruzione pilorica, la capacità del corpo a mantenere la sua alcalinità sarà corrispondentemente diminuita, e il malato sarà facilmente spinto oltre il margine di salvezza a causa dei fattori acidi prodotti dall'intervento.

È perciò ovvio che in questi casi dobbiamo tendere ad aumentare la riserva di alcalinità e a diminuire o sorvegliare la produzione di acidi, in seguito all'atto operativo.

Primo: la riserva di alcalinità può essere accresciuta col somministrare approssimativamente 2000 cmc. di soluzione salina normale per via sottocutanea la sera avanti l'operazione; e facendo ingerire circa 50 gr. di bicarbonato di sodio. Forse il trattamento preoperatorio più importante consiste in una notte di sonno naturale o artificiale, poichè le lesioni renali prodotte dall'acidità sono riparate solo durante il sonno.

Secondo: i più importanti fattori acidogeni in rapporto con l'operazione sono: l'agitazione, l'eccitazione, l'inalazione di anestetici, il taglio e il maneggiamento di tessuti non resi insensibili, e il dolore postoperatorio. Ora contro tutte queste circostanze noi abbiamo dei mezzi correttivi: l'assistenza e i mezzi persuasivi del chirurgo e degli infermieri per togliere la preoccupazione; una buona anestesia, al meglio con l'anociassociazione; un riposo completo post-operatorio.

Nei casi dubbi, se debba farsi resezione, l'operazione dovrebbe esser praticata in due stadî: una gastrodigiunostomia prima, seguìta, a 7-10 giorni, dalla resezione: trascorso un tale periodo di tempo il bilancio nutritivo sarà assai migliorato, l'alcalinità di riserva aumentata, il morale del paziente più elevato.

Come hanno indicato i Mayo si praticherà un'ampia incisione e si procederà poi, coi principî dell'anociassociazione, facendo precedere ogni incisione di tessuti contenenti estremità nervose da iniezione di novocaina; e finalmente eseguendo, subito dopo l'apertura dell'addome, una infiltrazione massiva di cloridrato di chinino e urea. Quanto alla lunghezza dell'ansa del digiuno non può prevalere alcuna regola assoluta, eccetto che essa deve essere lunga abbastanza da rendere la giustapposizione e la anastomosi facile e senza disturbi: si tratta piuttosto di una questione di adattamento meccanico come nel lavoro di un ingegnere o di un falegname. Lo stesso dicasi per la direzione nella quale deve esser posto il digiuno, la

quale dipende dall'apertura gastroenteroanastomotica: se questa è molto a sinistra del legamento di Treitz, sicchè la spinta viene diretta verso sinistra, è in questa direzione che va posto il digiuno. E' meglio praticare l'apertura nello stomaco il più vicino possibile al piloro: nella grande maggioranza dei casi quindi l'anastomosi cade alla destra del legamento di Treitz e perciò il digiuno va posto in direzione da sinistra a destra.

Quanto all'apertura nello stomaco oltre a porla il più vicino al piloro è noto che è meglio praticarla lungo la zona mediana dove esistono meno vasi sanguigni e parallela alla grande curvatura, sì da potersi ben giustapporre al lungo asse del digiuno. Del resto l'A. non concepisce come la trazione di questo a sinistra o a destra, oppure la posizione dell'apertura nello stomaco, se verticale, trasversa o longitudinale, possa avere una influenza qualunque sul passaggio del cibo o sulla propulsione di questo, dopo che ha raggiunto l'intestino. L'apertura non ha potere propulsivo, il quale risiede, invece, nel meccanismo dello stomaco e dell'intestino, rispettivamente.

L'apertura nel meso-colon è al meglio eseguita con un coltello tagliente, piuttosto che con uno strumento ottuso o con uno strappamento: se ne ottiene un controllo più sicuro. Tale apertura poi l'A. sutura a tre cm. circa in alto sulla parete gastrica: il che sarebbe preferibile alla sutura alla stessa altezza dell'anastomosi, dove può produrre un inginocchiamento al punto di unione fra ileo e stomaco.

Quanto alle suture l'A. esclude, d'accordo con i Mayo, la seta: egli usa catgut al cranio per le suture che entrano a contatto con la mucosa; mentre usa la seta per il peritoneo, praticando i punti ad angolo retto di Cushing, che includono lo strato muscolare, e sono piazzati in modo da essere equivalenti a una sutura continua. Gli altri piani sono suturati in modo da prevenire assolutamente e l'emorragia e il gemizio di liquido, con punti da calzolaio che prendono i tessuti « in toto » (aghi di Bartlett).

La resezione. — Nel più dei casi si troverà che la gastrodigiunostomia e il successivo intervallo di adattamento hanno per questi pazienti conseguito l'effetto che si ha con l'indugio di una settimana nelle fratture della rotula; con gli impacchi di garza iodoformica nel primo stadio della laringectomia; in una salpingite acuta per una tardiva salpingectomia. In ognuno di questi casi le riserve protettive contro l'infezione sono chiamate sul campo, ed è così garantita una adeguata difesa locale, quando si praticherà più tardi l'operazione. Di solito si troveranno pochissime e fragili aderenze, e l'intero campo operatorio potrà essere facilmente mobilizzato; la gastrodigiunostomia apparirà come una apertura naturale; e non disturberà il sollevamento dello stomaco, necessario per praticarvi la resezione. Il viscere è accuratamente sezionato col cauterio fra due gastrostati di Paye e i bordi della sezione sono sterilizzati col cauterio stesso. L'operazione va praticata con cautela e lentezza, sicchè non deve apparire nemmeno una goccia di sangue. Ma ad un altro e più importante scopo risponde questa cauterizzazione: uno dei pericoli più comuni nelle operazioni per cancro in qualunque parte del corpo consiste nell'impianto del neoplasma sui tessuti sani e recentati: la sezione col cauterio lascia una superficie secca, affatto restia allo sviluppo del cancro. Sicchè è triplice l'effetto della cauterizzazione: emostatico, antipiogene e anticanceroso.

Risultati clinici. — Il numero totale delle operazioni praticate dall'A. e dai suoi colleghi Bunts e Lower fu di 468. Di queste 127 furono eseguite dacchè misero in pratica i precetti suesposti: e in questa seconda serie ebbero solo due morti. SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sindromi surrenali d'origine dissenterica.

Nel corso di numerose malattie infettive furono da tempo osservate da diversi autori, manifestazioni cliniche imputabili ad una deficiente funzione surrenale; di recente vennero descritte sindromi di iposurrenalismo anche nella dissenteria bacillare. G. Izar (*Folia medica*, 28 febbraio), ne ha osservate in circa il 12 % dei dissenterici ricoverati. Esse possono dividersi in tre gruppi:

1° *Forma grave*, poco frequente; osservata nel 2 % dei casi. Gli ammalati presentano fin dall'inizio, o improvvisamente nel corso della malattia, spiccata debolezza con astenia grave e prostrazione intensa. Il volto è per lo più pallido, affilato, i bulbi infossati, la voce afona: l'addome è dolente alla palpazione anche lieve; possono insorgere pure dolori lombari più o meno vivi. Polso piccolo, frequente, molle; pressione bassa. Il segno della stria bianca e quello del vescicante sono positivi; si osserva ipotermia. Il decorso è favorevole quando si intervenga subito con cura opoterapica intensa;

2° *Forma di media gravezza*: è la più frequente, osservandosi nel 7 % dei casi. I sintomi sono identici a quelli della forma precedente, ma molto meno intensi; essi talora compaiono poco a poco sino a che il quadro si completa. Il sintoma del vescicante è sempre positivo sin da principio, il segno della stria bianca compare solo più tardi;

3° *Forma lieve* (nel 3 % circa). Caratterizzato da ipotensione arteriosa: il segno della stria bianca non è sempre positivo, più frequente il sintoma del vescicante.

L'A. in un caso venuto a morte, ha riscontrato all'autopsia l'aumento di volume delle capsule surrenali, con parenchima friabile; focolaio emorragico midollare in quella di destra, piccole emorragie, grosse quanto un grano di miglio nella corticale di entrambi i lati.

Circa i rapporti tra l'infezione dissenterica e l'insufficienza surrenale l'A. ha osservato in un ospedale di malattie comuni, che il siero di numerosi ammalati con sintomi evidenti di ipofunzione surrenale presentava spiccate proprietà agglutinanti per i bacilli dissenterici, mentre quello di altri ammalati, che pure avevano sofferto disturbi entero-colitici, ma senza ipofunzione surrenale, agglutinava solo i paratifi, ma era inattivo sui dissenterici.

Il sintoma predominante e più costante è quello di una profonda astenia, un senso di debolezza insolita, continua, ostinata, che non scompare nè diminuisce col riposo anche prolungato, una stanchezza facile per ogni più piccolo sforzo. Anche la sfera intellettuale e morale è interessata, notandosi svogliatezza, apatia, indifferenza per tutto quanto avviene nell'ambiente esterno.

Altro sintoma costante è l'ipotensione arteriosa, accompagnata a relativa frequenza ed a piccolezza del polso. Costante è pure il sintomo del vescicante, frequente quello della stria bianca. A carico degli altri apparecchi si notano sintomi diversi a tipo gastro-intestinale, reumatoide o nervoso, che imprimono una fisonomia particolare al quadro morboso.

Nella storia di tutti questi ammalati si trova una dissenteria pregressa, più o meno grave. Per converso non si sono mai osservati disturbi a carico dell'apparato surrenale in soggetti ammalati o convalescenti di infezioni tifoidi e paratifoidi.

La conferma dell'ipofunzione surrenale negli individui con pregressa dissenteria viene data dal criterio terapeutico. Sotto l'azione dell'adrenalina, somministrata a dosi di 40-60 goccie della soluzione a 1 ‰, lo stato generale migliora e così pure i sintomi a carico dei diversi apparecchi.

Con questo non si può però affermare senz'altro, che lo stato meiopragico surrenale di tali ammalati sia esclusivamente legato alle tossine dissenteriche. È da ritenersi che in seguito agli strapazzi, alle emozioni, ecc., inerenti allo stato di guerra, si stabilisca uno stato di piccola meiopragia surrenale, che viene poi aggravato da una malattià infettiva determinata da bátterî, che elaborano delle tossine molto attive, quale è la dissenteria bacillare. Ne conseguirà un iposurrenalismo più o meno grave, a seconda che si uniscano o non delle alterazioni anatomiche delle surrenali stesse.

FIL.

TERAPIA.

Il trattamento del raffreddore.

TR. F. Reilly (*American Journ. of the med. sciences*, maggio 1917), considera il raffreddore come una vera infezione e consiglia un trattamento razionale che, secondo l'A. potrebbe anche farlo abortire.

Al primo giorno, si deve limitare la dieta, ciò che è tanto più difficile, in quanto che all'ini-

zio del raffreddore i pazienti hanno sempre buon appetito; l'azione degli albuminoidi si esplicherebbe con l'aumento della congestione nasale.

Si dovrebbe nei primi giorni somministrare un purgante, che diminuisce il turgore dei turbinati e, di conseguenza la cefalea; un pediluvio caldo senapato è pure consigliabile per lo stesso scopo.

I pazienti debbono rimanere in casa ad una temperatura confaciente, ed eventualmente in letto; si deve proibire il tabacco e l'alcool. Una limonata calda è il migliore dei diaforetici: il paziente deve a tale scopo rimanere in letto ben coperto; una buona sudata è sufficiente.

Secondo l'A. è sconsigliabile l'uso della chinina per il suo potere congestizio; egli somministra delle piccole dosi di acido acetilsalicilico (aspirina) che non congestiona la mucosa; nei primi stadî anche l'atropina dà un certo sollievo.

Quando si è in presenza di una profusa secrezione acquosa, si può fare annusare una polvere composta di magistero di bismuto (gr. 7), amido (gr. 4), gomma arabica (gr. 7), mentol (cg. 12) o antipirina (cg. 60). Se vi è molto dolore si può aggiungere la fenacetina all'aspirina; in tale stadio l'atropina sarebbe inutile.

Si possono fare delle polverizzazioni alcaline, usando eventualmente dapprima una polverizzazione di cocaina (0.5 %).

Nel caso di forte cefalea, o dolori alla faccia, si può procedere ad una polverizzazione di adrenalina (1 ‰), per lo più non necessaria. Dopo la polverizzazione alcalina, si può fare la seguente: acido fenico (cmc. 0.2), joduro di potassio e jodio (ana cg. 35), acqua di menta, glicerina (ana gr. 15), acqua q. b. p. gr. 90. La polverizzazione deve raggiungere le fauci. In seguito si può fare una polverizzazione con un olio, come il seguente: olio di garofani cmc. 0.6; canfo-mentol gr. 1 1/2; olio di pino silvestre cmc. 1.2; vaselina liquida (olio di) q. b. per fare gr. 90.

Con questo trattamento non si distruggono i germi della malattia, ma se ne diminuisce la virulenza, e si procura di allontanarli.

L'importante però è di iniziare il trattamento fin dal principio, impedendo così l'estensione ai bronchi ed ai polmoni. FIL.

Effetti della somministrazione di salicilati.

I salicilici sono tra i medicinali più usati in terapia: nelle febbri reumatiche, nell'influenza, nell'emicrania, ecc., sotto forma di salicilato sodico, di aspirina, ecc.

Debbono questi medicinali considerarsi innocui?

La somministrazione di salicilati a gatti, cani e conigli, di dosi corrispondenti a quelle terapeutiche per l'uomo, determina nell'urina la comparsa di albumina, leucociti, talvolta emazie; l'albuminuria preesistente viene aggravata.

L'albuminuria è di origine direttamente renale: vi è una diminuzione nell'efficienza funzionale renale per quanto riguarda l'azoto non proteico ed ureico del sangue. Si nota inoltre diminuzione nell'escrezione dell'acqua, diminuzione nell'escrezione di fenolsulfoneftaleina.

Dal punto di vista anatomo-patologico, appare una lesione renale che varia in gravità da un semplice rigonfiamento torbido dell'epitelio del tubulo contorto al rigonfiamento torbido esteso a tutte le parti corticali dei tubuli, associato con una glomeralite intracapillare.

La somministrazione di bicarbonati coi salicilati non modifica questo comportamento.

(*Arch. of Intern. Med.*, giu. 1917). *ini.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(901) *Lesione del ricorrente?* — Il prof. Ignazio Scalone formula il quesito seguente:

Un ferito al collo da proiettile di fucile, forami d'entrata e d'uscita impercettibili e guariti rapidamente, presenta tutti i sintomi della lesione della 1ª radice dorsale (sindrome nervosa e simpatica) più una paralisi della corda vocale corrispondente *senza che possa mettersi in campo una alterazione del ricorrente* per il tramite e l'ubicazione della ferita.

Conoscendosi che dal 3° ganglio cervicale partono fibre simpatiche che si addossano al ricorrente ed hanno con questo uguale distribuzione, si domanda se la paralisi, persistente per molto tempo fino all'uscita dal mio ospedale, possa addebitarsi alla lesione del simpatico esistente nel caso in esame.

Se esiste paralisi completa della corda vocale, a tipo periferico, bisogna ammettere una lesione del ricorrente. La recisione delle fibre del simpatico che si addossano al ricorrente non può spiegare una paralisi della laringe.

G. FERRERI.

(902) *Prurigo diatesica.* Al dott. D. P. da B.:

Nelle forme cui accenna sono verisimilmente da escludere il *lichen ruber planus*, l'eczema ed anche la prurigo vera di Hebra.

Si può pensare alla così detta prurigo diatesica dei francesi: forma speciale molto intensa di strofulo degli adulti, secondo Neisser; cioè ad un'affezione il cui elemento essenziale sarebbe costituito dal fenomeno vasomotorio cui . . . .

Si comprende che solo l'esame diretto delle alterazioni cutanee, in casi del genere, consentirebbe di trarre conclusioni diagnostiche esatte. V. MONTESANO.

(903) *Esami per l'abilitazione alla odontoiatria, per i non medici.* — Al dott. Bruno Nobili:

A norma delle vigenti leggi, non dovrebbero esservi più, in Italia, esami per l'abilitazione all'esercizio della odontoiatria per i non medici. A. CHIAVARO.

(904) *Bagno di acido carbonico.* — Al dottor M. N. da A:

Per prepararlo in modo estemporaneo, Melocchi (*Società medica di Parma*, nov. 1915) così procede: Ad una comune bombola di acido carbonico, provvista di un manometro, attacca un tubo di gomma, lungo m. 1½ e della resistenza di due atmosfere. Ad una estremità di detto tubo innesta un tubo di zinco a forma di T, portante tre diramazioni. A queste tre diramazioni unisce tre bastoncini di canna d'India, mediante un raccordo di gomma. I bastoncini alla estremità terminale sono tagliati a becco di flauto ed ogni 10 cm. portano intaccature, interessanti solo la corteccia: essi sono tenuti fermi sul fondo del bagno con pesi di metallo.

Preparata l'acqua del bagno a 35°, si apre il manometro e l'acido carbonico esce in minutissime bollicine. Questo bagno risponderebbe perfettamente alle esigenze terapeutiche.

Az.

(905) Al dott. F. D., abb. 6729:

PL. MAUCLAIRE, *Maladies des os.* in « Nouveau Traité de chirurgie » di Le Dentu e P. Delbet; Baillière, Paris. — O. BERNHARD, *L'elioterapia in alta montagna e cura della tubercolosi;* Hoepli, Milano, L. 3.50. — G. B. ROATTA, *L'elioterapia nella pratica medica e nell'educazione*, Milano, Hoepli, L. 4. INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Guida per la preparazione del materiale da medicazione, con appunti sulla confezione degli accessori d'ospedale, sulla sterilizzazione del materiale, sulla preparazione delle fascie gessate, e sull'applicazione delle fasciature e dei bendaggi più usuali.

L'economia ospitaliera, sopratutto in quanto riguarda il materiale da medicazione, è un problema che in tempo di guerra può assumere grande importanza. Finora mancava un'opera che di tale problema trattasse in special modo, e mancava inoltre un manuale di norme per le guardarobiere degli ospedali, alle quali compete spesso di confezionare camicie, pantofole, e materiale da medicazione, nonchè di sorvegliare la lavatura e sterilizzazione del materiale. Il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana ha ora colmato ambedue queste lacune con la pubblicazione di un piccolo manuale compilato per cura dell'Ispettorato Generale delle infermiere.

Il manuale, riccamente illustrato, con fotografie e diagrammi, contiene inoltre utilissime norme d'economia ospitaliera, ed insegna a preparare materiale solido ed economico nonchè a ricuperarlo dopo l'uso. Vi è poi un interessante capitolo sulla confezione dei bendaggi composti, utilissimi sia per ragioni d'economia che per risparmiare dolori ai fratturati, dovendosi per la loro applicazione sollevare una sola volta il paziente.

Possiamo quindi raccomandare caldamente questo manuale alle infermiere, alle guardarobiere, alle Direzioni ed Amministrazioni ospitaliere, ai laboratori che lavorano per il rifornimento degli ospedali, ed alle comunità di religiose ospitaliere.

Le richieste vanno dirette all'Ufficio di Economato, Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, via Nazionale 149, Roma. Prezzo per una copia L. 2; per 12 copie L. 20.

P. CASALI e F. PULLÉ. *Congelamenti; patogenesi e cura.* Un vol. in-16° (Manuale Hoepli) di pag. 365 con 117 incisioni. U. Hoepli ed., Milano. Prezzo L. 6,50.

Gli AA. espongono in questo libro le conoscenze che sull'argomento dei congelamenti si sono venute largamente acquistando in occasione della guerra, tanto da stabilire quasi una entità patologica, a cui si è dato il nome di piede da trincea. Dell'importanza della dolorosa questione si rimarrà convinti quando si pensi che in alcuni settori si è avuto fino il 60 % di combattenti allontanati dalla fronte per tale malattia.

L'eziologia, la patogenesi e l'anatomia patologica vengono studiate in una prima parte. Segue poi la sintomatologia, la diagnosi e la terapia. Ma più importante ancora è lo studio accurato della profilassi, in quanto che è certamente più utile impedire che le lesioni avvengano, anzichè curarle in seguito, con esito sempre problematico, quando sono gravi.

Importante è, appunto per la profilassi, la bonifica della trincea, su cui gli AA. danno preziosi consigli, l'adozione di vestimenta razionali e di precauzioni diverse adatte ad impedire questo grave malanno.

Numerose riproduzioni di fotografie, tutte ben dimostrative, ed alcune anzi drammatiche, illustrano il testo dalla dizione chiara ed efficace. INDEX.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per i sanitari profughi. — I rappresentanti delle Associazioni delle varie categorie degli impiegati comunali delle provincie invase hanno inoltrato al Ministero dell'interno il seguente ordine del giorno, firmato dall'on. Brunelli per i medici, dal prof. Gualducci per i veterinari e dal comm. Rebucci e dall'avv. Buffalo per i segretari ed altri impiegati:

« I segretari, i maestri, i medici, i veterinari, i subalterni e gli altri impiegati dei Comuni e degli Enti locali delle Provincie di Udine, Belluno, Treviso e Venezia, la cui fede nei destini della Patria è fatta più viva dalle presenti dolorose contingenze, sono pronti ad attenersi alle istruzioni che la competente autorità sia per impartire per la continuazione della loro opera di difesa degli interessi dei rispettivi Comuni e di tutela dei profughi, e per intanto invocano i provvedimenti atti a lenire i loro immediati urgenti bisogni.

L'on. Bonicelli in nome del Ministro diede assicurazione che agli impiegati comunali sarà fatto trattamento uguale a quello adottato per gli impiegati governativi profughi, attuando per tutti le provvidenze del caso.

Pei medici che hanno dato figli alla Patria. — Il dott. P. Piccinini ci scrive per segnalare il dovere della stampa medica e dei sodalizi medici professionali e scientifici di ricordare i caduti per la Patria figli di colleghi.

I medici che hanno avuto l'onore e lo strazio di perdere dei figli in guerra, hanno compiuto il più grande dei sacrifici, hanno dato alla Patria più della propria vita. Verso di essi s'impongono la pietà ed il rispetto di tutti i sanitari d'Italia. Che la memoria e la venerazione dei loro gloriosi caduti siano rese perenni, iscrivendone i nomi nell'*Albo d'oro* della famiglia medica!

Noi accediamo *toto corde* alla nobile proposta.

Ci limiteremo per ora a registrare i nomi dei colleghi e dei loro figli perduti, volta per volta che ci verranno segnalati, riservandoci di fornire la motivazione della morte gloriosa quando non sussisterà più la deficienza di spazio in cui si dibatte il nostro periodico.

Revoca di esoneri e avvicendamento nella C. R. I. — Il dott. P. A., ci scrive:

« Fra poco saranno chiamati in servizio dalla Sanità militare i medici che godono d'esonero, sino alla classe 1874.

I posti vacanti, giusta le disposizioni vigenti, saranno occupati da ufficiali medici che hanno 37 anni compiuti e non meno di un anno di permanenza in Zona di guerra, possibilmente appartenenti alle stesse Amministrazioni di cui fanno parte i nuovi chiamati. Tale equo provvedimento (possiamo affermare che si è fatto attendere anche troppo!) nelle condizioni attuali non ha altro scopo se non quello di concedere un certo avvicendamento a chi è più anziano di età e di permanenza in Zona di guerra. Infatti non è sentito il bisogno di altri medici in Zona di guerra, tanto nella Sanità militare quanto nella C. R. I.

Se non che il Ministero della guerra esonererà gli ufficiali medici che prestano servizio nella Sanità militare, e quindi gli ufficiali della C. R. I. aggregati alla S. M., ma non pare vi includa gli ufficiali rimasti o ritornati alle dipendenze della C. R., anche se questi avessero maggiore anzianità di anni e di permanenza in Zona di guerra.

Tale disparità sarebbe dolorosa, molto più che non sempre è dipeso dalla propria volontà l'essere inclusi nell'uno o nell'altro Corpo (adduco me ad esempio; sono capitano medico della C. R., della classe 1880; all'atto della mobilitazione fui *d'ufficio* aggregato alla S. M. e inviato in Zona di guerra; dopo due anni fui *d'ufficio* fatto ripassare alla C. R. rimanendo in Zona di guerra), e quando non è lasciato alla propria volontà l appartenere oggi all'Associazione della C. R. (che si è voluta mantenere anche in Zona di guerra).

È dunque da rimproverare l'essersi inscritti nella C. R. molto tempo prima della guerra, con tutti gli oneri che tale inscrizione ha portato?

Non è dubbio che all'Ufficio competente del Ministero della guerra il problema verrebbe risolto con equità. Mi consta invece che da parte della C. R. non si ha nessuna intenzione di concedere il richiamo per i servizi civili.

Occorrerebbe, a me pare, che il Ministero della guerra assegnasse un certo numero di medici alla C. R., per altrettanti che verrebbero a godere dell'esonero.

Non ci è dato nessun appiglio per presentare un reclamo individuale; se mai questo, dati i regolamenti e le vie gerarchiche, potrebbe essere inoltrato dopo il fatto avvenuto, e con che risultato?

Non ultima ragione del desiderio di un avvicendamento è quella di arrestare la china nell'immiseramento delle nostre attitudini, raggiunte con molti anni di lavoro, e di riprendere la speranza in quell'avvenire medico che si sognava, ora contrastato dai colleghi rimasti nei loro domicili.

Se si trattasse di avvicendamento per servizio in qualsiasi Ospedale Territoriale militare o di Croce Rossa, forse non avrei chiesto ospitalità al nostro giornale e riempito questo spazio; ma entrano in gioco importanti servizi civili, compresi quelli nei nostri Ospedali: e per ovvie ragioni, il problema assurge ad importanza sociale ».

Sezione lecchese dell'A. N. dei medici condotti. — Il dott. cav. Loreti, in un appello ai colleghi, raccomanda di intensificare l'opera individuale perchè nelle popolazioni non venga meno quel senso di dignità nazionale che rende forti i popoli e li fa capaci dei maggiori sacrifici.

E, dopo di aver dimostrata la necessità di far comprendere al buon popolo la giustizia e la santità della nostra guerra ed il bisogno, anzi la ne-

cessità, di una ferrea resistenza mercè la quale in pochi mesi di sacrifici e di sofferenze, si risparmieranno a tutti anni di miseria e di patimenti, così conclude:

« Colleghi, in questa ora solenne pel destino della patria, dedichiamo tutta la nostra energia, tutta la nostra buona volontà al bene supremo del Paese, e nella sacra visione dell'Italia nostra grande e vittoriosa, nessuno si attardi nel compimento di questa santa missione ».

I medici di Messina e l'Associazione degli impiegati civili. — Avendo l'Associazione fra gli impiegati civili di Messina chiesto ai medici della città di prestarsi pel servizio sanitario pei soci a condizioni di speciale favore, il Consiglio direttivo dell'Ordine diffidava gl'inscritti a rifiutare ogni compromesso con qualsiasi Società, ed in seguito apriva fra i colleghi un *referendum* che ebbe risultato negativo. In una recente assemblea fu votato un ordine del giorno col quale, prendendo atto dell'esito del *referendum* stesso, si deliberava di affidare mandato alla Presidenza di chiamare personalmente i medici che, senza autorizzazione, hanno offerta l'opera loro all'Associazione degli impiegati civili a prezzo ridotto, e di invitarli a dimettersi dalla carica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7074) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da S. — Poichè il Comune dove è titolare non Le corrisponde momentaneamente alcun stipendio, non è del pari tenuto a corrisponderle l'indennità caro-viveri, che deve esserle, invece, corrisposta dalla Amministrazione militare o, quanto meno, dal Comune ove attualmente presta servizio in qualità di medico-condotto.

(7075) *Cassa di previdenza pei medici condotti.* — Dott. V. R. da A. — I medici interini non sono obbligati ad inscriversi alla Cassa di previdenza dei medici condotti giacchè per tale inscrizione si richiede la nomina regolare in base a concorso, che gli interini non hanno.

Potrebbe ottenere la restituzione delle somme pagate per contributi, ma non dal Comune, che non le ha esatte per conto suo, ma bensì rivolgendo analoga domanda all'ufficio sanitario della Provincia. Nella stessa domanda potrebbe accennare al desiderio che l'ammontare di tali somme, anzichè essere rimborsate al richiedente sieno, invece, trattenute dalla Cassa come contributo volontario da tenersi in calcolo all'epoca in cui, compiti i prescritti anni di servizio, potrà chiedere ed ottenere il collocamento a riposo. Con 60 anni di età e 25 di servizio liquiderà di pensione l'annua somma di lire 1119. Per ottenere in forza di versamenti volontarii la pensione supplementare di lire 3000 occorre versare la somma di lire 27,802, a rate annuali non superiori a lire 400.

(7076) *Estrazione di denti - Armamentario relativo.* — Dott. P. C. da V. — Nessuna disposizione di legge o di regolamento indica la dotazione di ferri chirurgici che il sanitario deve possedere di proprio facendo servizio di condotta. Ciò però non toglie che, come è di consuetudine, egli debba tenere quei ferri di primissima necessità che possono occorrere in casi di infermità di lieve entità. Tali ferri sono ordinariamente racchiusi in una busta che il medico porta seco nel giro quotidiano delle sue visite. Ad altro non si è, per legge, tenuto. Dal che consegue che il medico condotto non è obbligato a provvedersi di tutti e non pochi istrumenti che occorrono per la estrazione dei denti, così come non è tenuto alla estrazione stessa, che è opera del dentista. Se egli si presta, ciò non pertanto, ad operare estrazioni, ha diritto a speciale compenso.

(7077) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 842. — L'indennità caro-viveri pei medici condotti è cominciata a decorrere dal 1° luglio 1917 giusta il disposto dell'art. 1° del D. L. 26 luglio p. p., n. 1181.

(7078) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. C. da G. — L'articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181, tassativamente dichiara che l'indennità caro-viveri compete anche agli impiegati temporaneamente assunti in servizio a posti compresi nelle piante organiche debitamente approvate e privi di titolare. Poichè Ella, come medico condotto supplente straordinario, è appunto stato assunto in servizio a posto compreso nella pianta organica, debitamente, a suo tempo, approvata, privo di titolare, perchè assente trovandosi sotto le armi, non vi ha dubbio che abbia diritto alla indennità caro-viveri. In caso di rifiuto da parte del Comune a corrisponderlo può ricorrere alle autorità sanitarie provinciali e, in caso di infruttuoso esito, alla autorità giudiziaria ordinaria, trattandosi, nel caso, di un diritto, che sarebbe negato.

(7079) *Trattamento economico dei medici condotti richiamati sotto le armi.* — Dott. F. P. da M. — Non ostante sia andata sotto le armi qualche tempo prima che fosse chiamata la classe cui appartiene per anno di nascita, ha diritto alla conservazione del posto di medico condotto ed alla differenza dello stipendio, nel caso che quello che Le vien corrisposto dalla Amministrazione militare sia inferiore a quello che Le corrispondeva il Comune. La sua posizione è regolata dai seguenti decreti: D. L. 31 agosto 1915, n. 1420; D. L. 9 luglio 1916, n. 875; D. L. 10 agosto 1916, n. 1109 e D. L. 15 aprile 1917, n. 727.

(7080) *Pensioni.* — Dott. G. M. da V. — Avendo aderito alla Cassa di previdenza nel 1900, cioè prima del 1909, ha diritto alla valutazione di quindici anni di servizio prestati anteriormente al 1° gennaio 1899. Epperò può calcolare, oltre che su 18 di servizio prestati dal 1900 ad oggi, anche su 15 prestati prima del 1899, in totale su 33 anni di servizio. In base a tale numero di anni di servizio, ed a 66 anni di età, liquiderà l'annua pensione di lire 2597.

(7081) *Visita alle carni macellate.* — Dott. F. L. da P. — Avendo il Comune il proprio veterinario, sia pure consorziale, l'ufficiale sanitario non ha obbligo di procedere alla visita ed alla ispezione delle

carni macellate. L'articolo 8 del vigente regolamento di vigilanza igienica sugli alimenti commette tale funzione all'ufficiale sanitario sol quando *manchi* il veterinario ed il veterinario costà non manca. Deve essere cura di quel funzionario di predisporre il suo giro nei varii Comuni consorziati in modo da non far mancare in alcuno di essi la sorveglianza prescritta sulla vendita e sulla macellazione della carne. Se il servizio è deficiente, deve provvedere il Comune pagando *de proprio* speciale indennità all'ufficiale sanitario, che integra e completa l'opera del veterinario, impossibilitato, per la distanza che li separa, a recarsi giornalmente nei Comuni consorziati.

(7082) *Congedo annuale - Diniego - Compenso.* — Dott. E. B. da P. — Prima di ogni cosa occorre che Ella si fornisca di una dichiarazione scritta della Amministrazione municipale con la quale si accerti il diniego del congedo e se ne indichi la causa. Fornitosi di tale documento, potrà rivolgersi al Prefetto della Provincia perchè induca il Comune a soddisfare al sanitario di quanto gli è dovuto, potendo egli, nella sua giustizia, vagliare se nel caso concorrano gravi ragioni tecniche od *altre speciali circostanze da giustificare* l'opposto rifiuto.

Se il rifiuto del Comune risultasse non giustificato da qualsiasi ragione di pubblico interesse ed utilità e fosse unicamente fondato sul motivo di non erogare la somma prestabilita per premiare il sanitario della rinunzia al proprio congedo in momenti riconosciuti gravi, potrebbe anche adire l'autorità giudiziaria ordinaria.

(7083) *Assicurazione contro gli infortuni.* — Dott. G. Z. da C. — Da parte delle Congregazioni di Carità non vi è alcun obbligo di assicurare contro gli infortunii i proprii impiegati e dipendenti. Trattandosi di medici si potrebbe far valere l'assicurazione contro i rischi professionali. Tale assicurazione non può, però, pretendersi dall'ente se non sia tassativamente stabilita nel relativo capitolato od atto di nomina.

(7084) *Riconoscimento di figlio naturale - Pensioni.* — Dott. C. A. da Z. di G. — Il riconoscimento del figlio naturale deve essere fatto con atto autentico, cioè, con atto notarile. Esso, quindi, non può essere fatto con testamento olografo, che è una semplice scrittura privata. E ciò anche, naturalmente, agli effetti di liquidazione della pensione.

(7085) *Esoneri - Medici interini - Nomina ad ufficiale.* — Dott. A. B. da R. P. — Le nuove norme per gli esoneri e le dispense dei medici condotti, recentemente approvate dal Consiglio dei Ministri, furono tutte comprese nel D. L. del 9 dicembre 1917, n. 1985, pubblicato nel fascicolo 51 del *Policlinico*, Sezione pratica. Al medico condotto interino che viene chiamato sotto le armi non compete lo stipendio del Comune, a nulla valendo il richiamo fatto di osservare, nel caso, i diritti ed i doveri del capitolato, perchè tale richiamo si riferisce alle modalità del servizio e non ai rapporti economici, sorti per un fatto nuovo posteriore alla redazione del capitolato stesso.

La condanna subìta esclude la possibilità alla nomina ad ufficiale del R. Esercito.

(7086) *Pensioni.* — Dott. C. D. P. da P. S. — I dati esposti per la pensione alla vedova del defunto sanitario sono incompleti. Occorre che Ella ripeta il quesito indicando l'età che avea il medico quando morì. Il godimento della pensione comincia a decorrere dal giorno successivo a quello in cui cessò lo stipendio del sanitario, cioè, dal giorno successivo alla morte, se questa avvenne mentre era tuttora in regolare servizio.

(7087) *Pensioni - Trattamento economico dei medici chiamati sotto le armi.* — Dott. O. M. da P. S. G. — Lasciando il servizio dopo solo 14 anni per malattia, non si ha diritto a pensione ma semplicemente ad una indennità, pagabile una volta tanto e ragguagliata ai due terzi della pensione che sarebbe spettata in applicazione della tabella *B* annessa alla legge. Da calcoli fatti, in ragione dell'età e degli anni di servizio prestati, liquiderebbe la somma di lire 2638.

Il medico condotto, che lascia il posto di cui è titolare per andare sotto le armi, ha diritto a due interi mesi di stipendio dal Comune, ai sensi del D. L. 15 aprile ultimo, n. 727. **Doctor JUSTITIA.**

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8181:

Dato il disposto del nuovo regolamento, non arrivando la miopia alle 10 diottrie prescritte, il collega sarà probabilmente dichiarato abile ad incondizionato servizio.

Se fatto abile incondizionatamente, potrà conseguire la promozione al grado di capitano, qualora abbia i titoli prescritti per tale grado, ma non l'anzianità, non potendo la nomina avere effetto retroattivo.

All'abb. n. 1130:

I capitani medici promossi maggiori lo sono stati a tutta l'anzianità del 13 gennaio 1915.

Avendo il collega l'anzianità soltanto dal 1° maggio 1915 non può ancora essere promosso.

Al dott. A. M., Zona di guerra:

Non può essere promosso, nè iscritto sul quadro di avanzamento perchè nel ruolo di complemento pei medici (*che sono considerati come corpo non combattente*) non esistono promozioni *per anzianità* oltre il grado di capitano, ed anche per ottenere tale promozione occorre che l'ufficiale sia o sia stato in zona di guerra.

Circa gli ufficiali effettivi che sono in colonia, risulta che il Ministero ha disposto che tutti indistintamente debbano venire a prestar servizio in zona di guerra.

Naturalmente tale provvedimento viene preso a scaglioni, onde poterli sostituire con elementi di complemento che abbiano dichiarato di prestar volentieri servizio nell'Esercito coloniale.

Al dott. G. M. da P.:

La circolare di cui trattasi è la 520 del G. M. del 1916 (10 agosto).

In essa (art. 6, comma *c*) è detto che agli ufficiali ammogliati con prole o vedovi con prole, ecc., è dovuta, senza limitazione, l'indennità giornaliera di prima categoria di cui all'art. 2 della circolare stessa.

All'abb. n. 8642:

Anche in caso di ritiro dell'esonero, quelli che sono stati precedentemente dichiarati inabili permanentemente non possono esser chiamati se non vengono prima sottoposti ad una visita.

Trattandosi di un provvedimento ancora non attuato, non è poi possibile prevedere le norme con le quali verrà effettuata questa nuova visita per gli inabili già esonerati.

Circa l'esposto al Ministero è cosa fattibile, ma il risultato di esso è poco sicuro.

All'abb. n. 2385:

Oltre l'indennità di arma e quella di fuori residenza, le competono l'indennità caro-viveri e quella in compenso dell'attendente.

Al dott. B. P. da C.:

Gli obblighi militari cominciano per i medici dal 1870.

Però per ciò che concerne la revoca degli esoneri non si contempleranno probabilmente che un certo numero di classi, naturalmente le meno anziane.

Al dott. F. R. da R.:

Tutte le richieste di esonero, qualunque ne sia il motivo, debbono venir raccolte e vagliate dall'autorità prefettizia, che sola è competente a far sua la richiesta di esonero ed a rivolgerla al Ministero della guerra.

È quindi sempre alla suddetta autorità che l'Amministrazione ospitaliera interessata dovrà rivolgersi affinchè le sia mantenuto l'esonero.

Circa il grado, se l'esonero non sarà concesso, è da presumere che le verrà conferito quello di tenente, poichè solo dopo aver provata la propria idoneità a coprire il grado superiore, potrà far richiesta di esser nominato capitano in base ai titoli che possiede.

Al dott. D. P., Zona di guerra:

Le promozioni a capitani dei tenenti medici con anzianità 1° maggio 1916 non sono ancora avvenute.

All'abb. n. 2618:

L'ufficiale di complemento che, ammalato, intende curarsi in casa propria dopo i primi quindici giorni perde il diritto allo stipendio.

All'abb. n. 9101:

La circolare che stabilisce le assegnazioni dei varii gradi per titoli è la 734 del G. M. 1916.

Non esiste poi alcuna circolare che disciplini la nomina ad ufficiali di medici abili ai soli servizi sedentari, ma tali nomine sono sempre state fatte dal Ministero, su domanda degli interessati, e naturalmente gli ex riformati, ora fatti abili ai servizii sedentari, potranno giovarsi del medesimo beneficio.

All'abb. n. 4792:

All'atto del richiamo il collega può far domanda in base ai titoli che possiede di esser nominato capitano.

Riassunto in servizio sarà probabilmente comandato presso un qualche ospedale territoriale pur avendo piena facoltà di far domanda al Ministero di venir destinato invece a far servizio presso unità sanitarie mobilitate (Ospedaletti da campo, Sezioni di sanità, ecc.).

Al dott. G. V., Zona di guerra:

La medaglia per il terremoto dell'Abruzzo è solo commemorativa e non esiste alcun'altra medaglia di benemerenza per il detto terremoto.

I fregiati devono quindi portare un solo nastrino (rosso bordato di nero).

Al dott. F. A. da R.:

Il decreto pubblicato nel *Policlinico* del 16 dicembre u. s. porta la data 9 dic. 1917 ed il n. 1985; è pubblicato nella *G. U.* n. 300, ed anche in una Circolare n. 811 inserita nel G. M., 1917.

All'abb. n. 7157:

Data la relativa giovinezza della sua classe non è facile gli venga concesso l'esonero.

Può però sempre far domanda di venire destinato ad un servizio civile; meglio ancora potrebbe procurare di essere richiesto personalmente per uno dei suddetti servizii civili.

All'abb. n. 3252:

La classe alla quale Ella appartiene (75) ha obblighi di servizio; e sarà utile che si presenti al Distretto da cui dipende per avere più precise indisposizioni.

Data infatti la Circolare del G. M. 5 gennaio 1917, n. 15, tutti i militari delle classi '75 e '74 dovrebbero già essere sotto le armi.

All'abb. n. 3897:

Il collega avrebbe pieno diritto ad essere avvicendato dopo 16 mesi dal faticoso servizio di prima linea a quello delle retrovie, che è assai meno gravoso.

Tale avvicendamento dovrebbe essere eseguito di ufficio dal Direttore di Sanità del Corpo d'armata mobilitato, al quale il collega potrebbe rivolgersi sia pure pel tramite del suo capo ufficio di sanità.

Data la sua età non può invece il collega chiedere l'avvicendamento tra zona di guerra e zona territoriale.

Al prof. E. R. da R.:

Agli ufficiali medici (come a tutti gli altri ufficiali) sono sospese, durante la prigionia, le promozioni, gli assegni e le indennità.

Solo alle famiglie relative si versa la metà dello stipendio.

A differenza dei colleghi delle armi combattenti, i medici prigionieri vengono, di tanto in tanto, scambiati tra le potenze belligeranti, ma tali scambi sono tutt'altro che frequenti.

Al dott. E. C., Zona di guerra:

La miopia di 12 diottrie per ciascun occhio dà luogo a riforma.

Il collega può essere esonerato in base alla recentissima circolare 811 purchè inabile alle fatiche di guerra, ma la richiesta dell'esonero deve venir fatta dalla Commissione apposita (cfr. circolare citata).

Se il collega ottenne il grado di tenente per titoli non può passare nella riserva. M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

PREMI DI FONDAZIONE VALLAURI. — La Reale Accademia delle Scienze di Torino annunzia che, in esecuzione delle disposizioni testamentarie del socio senatore Tommaso Vallauri, conferirà un premio a quello scienziato italiano o straniero, che nel quadriennio decorrente dal 1° gennaio 1915 al 31 dicembre 1918, abbia pubblicato colle stampe l'opera più ragguardevole e più celebre su alcuna delle scienze fisiche, interpretando l'espressione «scienze fisiche» nel senso più largo. Questo premio sarà di lire 26,000.

Per le stesse disposizioni ha stabilito un altro premio da conferirsi a quel letterato italiano o straniero che avrà stampato la migliore opera critica sopra la letteratura latina nel quadriennio decorrente dal 1° gennaio 1919 al 31 dicembre 1922. Questo secondo premio sarà di lire 25,000.

Chirurgo con proprio Ospedale chirurgico moderno completissimo, sei letti aumentabili, pronto funzione immediata, offresi Congreghe Carità, Comuni. - Rivolgersi: Chirurgo, Farmacia Bucco - Pescara.

Medico-Chirurgo già primario Ospedale, titoli, garenzie superiori, cerca buon interinato preferibilmente con possibile nomina definitiva. Rivolgersi: Sanitario, Farmacia Bucco - Pescara.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I colonnelli medici Ettore D'Angelantonio, Giuliano Gerundo e Giuseppe Grieco sono stati promossi maggiori generali medici.

Il prof. Alessandro Lustig, di patologia generale a Firenze, è stato promosso colonnello medico di complemento per meriti di guerra.

Rallegramenti cordiali agli insigni e benemeriti sanitari.

Il capitano medico di complemento dott. Luigi Magliulo è stato chiamato al Comando Supremo come medico di fiducia del generalissimo.

Il nostro amico prof. Mario Fontana è nominato consulente per la terapia fisica al Kinesiterapico di Roma. Egli fisserà la sua dimora alternativamente a Salsomaggiore (maggio-ottobre), dove sin'ora ha prestato la sua valida opera, ed a Roma (novembre-aprile).

Il dott. Ernesto Venere, condotto di Terracina e membro del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma e Provincia, è stato nominato commendatore della Corona d'Italia. Ecco un'onorificenza ben meritata e molto opportunamente assegnata, della quale ci congratuliamo con sincero compiacimento.

T. F.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Mauri Paolini Alberto, da Senigallia (Ancona), capitano medico reggimento alpini. — Durante una azione offensiva si manteneva col posto di medicazione in località vicina al fronte di combattimento e, con abnegazione e coraggio, esercitava sempre sereno le sue mansioni anche sotto intenso bombardamento nemico. Contribuì poi, col proprio contegno, a che lo sgombero dei molti feriti avvenisse senza incidenti, nella notte stessa dell'azione. — Passo Cavallo, 26 marzo 1916.

Petrosino Rocco, da Casaletto Spartano (Salerno), capitano medico complemento sezione sanità divisione. — Con lodevole zelo, calma ed instancabile lena, attendeva, per ben 48 ore, sprezzante del pericolo, alla cura e allo sgombero dei feriti che affluivano al posto di medicazione, e dimostrava ottime qualità militari ed elevato sentimento del dovere. — Pal Piccolo, 26-27 marzo 1916.

ENCOMIO SOLENNE.

Maragliano Antonino da Licata (Girgenti), tenente medico battaglione M. T.: «Di notte sotto l'infuriare della tormenta, raggiunse la località dove vi prestò opera attiva e intelligente curando i feriti e incoraggiando coll'esempio le truppe al salvataggio dei sepolti. Rimase sul posto fino ad opera compiuta. - Avio Trentino, 13 dicembre 1916».

NOTIZIE DIVERSE.

Il Dispensario antitubercolare Giuseppe Bandi di Livorno.

Il 30 dicembre venne inaugurato a Livorno, con solenne cerimonia, un dispensario antitubercolare consacrato alla memoria dell'illustre patriota e scrittore Giuseppe Bandi, padre del dott. prof. Ivo.

Erano presenti il sottosegretario alla P. I. on. Roth, il Prefetto, il Sindaco, le rappresentanze dell'autorità militare, della magistratura, del corpo sanitario e molte spiccate personalità. Numerosissime le adesioni.

Parlarono il cav. Cristofanini quale presidente del Comitato «Filantropia senza sacrifici», che ha dato vita al dispensario; il comm. prof. G. Lumbroso, che ideò l'istituto e ne assume ora la direzione; il prof. C. Poli in nome della Federazione Centrale delle Opere antitubercolari e della Croce Rossa; S. E. Roth per il Governo; il prof. Ivo Bandi, che ha dotato il Dispensario di un gabinetto batteriologico ed ha fatto altre importanti elargizioni a vantaggio del Dispensario stesso.

Gli scopi della «Filantropia senza sacrifici» sono stati sintetizzati dall'on. Roth con le seguenti parole, da lui scritte nell'albo dell'Ospedale creato da questo benefico Comitato:

«Non provare senso di sacrificî praticando il bene, è segno esclusivo di perfetta struttura morale.

«A questo senso, che è quì tanto operoso, rendo il più vivo omaggio di ammirazione».

La città di Livorno — per merito precipuamente dell'Amministrazione comunale e dell'«Alleanza antitubercolare» — possiede già altre istituzioni per la lotta antitubercolare: il Sanatorio Umberto I e l'Asilo Elioterapico.

Che l'esempio della civile città labronica valga di incitamento alle consorelle d'Italia.

Lotta antitubercolare in Sabina.

I dottori Isidori e Del Luca hanno costituito un Comitato intercomunale sabino per la lotta contro la tubercolosi.

In poco tempo è stato raccolto un fondo di oltre 6000 lire, col quale verrà subito provveduto al funzionamento di due dispensari, uno a Castelnuovo di Farfa, l'altro a Poggio Nativo, che verranno aperti il 13 gennaio.

Il prof. ERNESTO BOZZI, ordinario di patologia chirurgica, si è spento a Genova il 24 dicembre scorso nel pieno vigore della maturità scientifica. Nato a Lacchiarella (Lombardia) nel 1864, ebbe dall'Ateneo pavese colla laurea il primo indirizzo al metodo rigoroso di studio: alla scuola dello Ziegler apprese le finezze della diagnostica morfologica ed acquistò la sicurezza interpretativa del reperto; sotto la gran guida del Novaro dal 1899 in poi a Bologna si formò patologo chirurgo nel senso stretto della dizione, che vuole la tecnica ispirata e guidata dalla precisa conoscenza della ragione del male.

Pochi maestri, pochi lavori, ottimi gli uni e gli altri.

V'è un suo lavoro sperduto sui rapporti tra la psoriasi e il cancro, che aggredisce il problema, lo limita, lo risolve. La sua nota sulla tiroide è fondamentale: su larghissima base di anatomia comparata determina come la colloide è secreta, come è assorbita, in quali stretti limiti la tiroide si rigeneri.

La funzione del fegato, la funzione del rene nei rapporti chirurgici sono gli argomenti sui quali il Bozzi si è meglio affermato.

Le sue pubblicazioni sulle alterazioni anatomiche del fegato nella fistola di Eck e sui rapporti tra fegato, intestino e reni, sono fresche ancora oggi, venti anni dopo la loro comparsa: è il gran problema del fegato come organo disintossicante, della insufficienza epatica funzionale come causa determinante l'esito. Nella descrizione dei reperti è chiaro, obbiettivo, moderato e imparziale: con quelle note risolve un punto capitale: la lesione renale come conseguenza della mancata funzione epatica.

Del rene si è occupato ancora più tardi, studiando il ritorno della funzione del rene idronefrotico: lavoro poderoso, quasi ignoto (Tip. Papini, 1905), minutissimo nella documentazione sperimentale dei fatti complessi che conseguono ad una idronefrosi: l'edema interstiziale prima, la cirrosi corticale discontinua poi, per proliferazione dei tessuti perivasali ed avventiziali, il ripristino funzionale degli isolotti residui, infine, dopo cessata la ritensione. Ripristino e non rigenerazione: punto di importanza capitale per la patologia; ritorno di funzione: punto importante per la chirurgia, che è indotta così a non sacrificare la corteccia renale idronefrotica residua.

Negli intervalli tra queste pubblicazioni, che il Bozzi cesellava per anni perchè era sicuro di sè, e senza fretta, altre sue note comparvero in accademie o periodici locali: contributi casistici o note tecniche, sulla anestesia, sulla emostasi alla Momburg, sulla sifilide renale, sulle ernie; un gruppo si riferisce alla chirurgia dello stomaco (plastica del cardias, digiunostomia, colecistenterostomia) e prelude al trattato delle affezioni chirurgiche dello stomaco, della cui redazione (incaricato dal Novaro) fu il Bozzi collaboratore mirabile.

In tutti questi contributi si manifestano costanti le sue caratteristiche mentali di osservazione, di critica, di ponderata riserva, e si rivela la sua cultura profonda, il *sine qua non* per far parte della scuola ove si era plasmato e da cui apprese l'arte diagnostica che lo faceva semeiotico sottile, logico posato, e l'arte operativa, che dalla dissezione elegante e sicura trae appoggio per i più arditi interventi.

Ebbe l'incarico dell'insegnamento nel 1903 e la nomina per concorso nel 1905. Meno noto era perciò il suo valore didattico, più di recente affermatosi: lezioni piane, chiare, calme, logiche; laboratorio frequentatissimo e operoso; molti convenivano a lui, attratti dalla bontà serena, dalla ospitalità signorile, dalla sicurezza di trovare una guida sperimentata.

In questi ultimi tempi era stato trascinato nel vortice dei problemi di chirurgia castrense; dirigevá il II ospedale chirurgico mobile della Croce Rossa; ne difese le finalità al recente congresso di Bologna, col sussidio della vasta esperienza fatta in difficili frangenti e dovette abbandonarlo solo da poco, colpito da una enterocolite che ne preparò la scomparsa, immatura e vivamente sentita.

S.

Dando fulgido esempio di salda fermezza nel pericolo e di nobile sentimento altruistico, compiva eroicamente, in mare, il sacrifizio della sua vita per la Patria il volontario di guerra dott. GIULIO GARETTI, da Savigliano (Cuneo), capitano medico di complemento nella R. Marina.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 - Stab. Tip. Cartiere Centrali
(24)
L. Pozzi, *resp.*

Anno XXV. *Roma, 20 gennaio 1918* **Fasc. 3.**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

I compiti attuali della clinica medica

Prolusione del prof. VITTORIO ASCOLI.

(*Continuazione, vedi fasc.* 1°).

In che rapporti con lo stato attuale degli studi clinici è l'indirizzo che Baccelli ha segnato alla sua clinica? Si adatta all'odierno progresso delle discipline fondamentali e collaterali della clinica medica? Segnano esse vie nuove per meglio comprendere e curare i malati? A questo complesso di domande devo cercar di rispondere, per esporvi, signore e signori, quale programma a me paia convenire oggi alla clinica medica.

Gli ultimi 50 anni, cioè l'epoca in cui Baccelli illustrò questa cattedra, si suddividono in due periodi di tempo quasi eguali. Nel primo, che corrisponde all'età giovanile del Maestro, dominò l'indirizzo anatomico che dette alla clinica la semeiotica fisica. Il secondo periodo si distingue per la profonda trasformazione che l'esperimento ha portato nelle discipline biologiche. La sperimentazione le ha arricchite di fatti nuovi, verificati in condizioni ben precisabili e ha insegnato per conseguenza a valutarne il significato con larghezza di criteri e

con severità di giudizio. L'indirizzo sperimentale non solo ha rinnovato le nostre conoscenze, ma sopratutto ha diffuso largamente quello *spirito d'investigazione positiva dei fenomeni* che caratterizzerà questo periodo nella storia della medicina.

L'anatomismo clinico, ch'ebbe in Baccelli il più genuino e geniale rappresentante, fu la proficua reazione contro il dottrinarismo filosofico e contro l'ingombrante nosografismo. Pensare anatomicamente giova al clinico in molte maniere: lo abitua alla determinatezza della concezione, lo previene di un notevole numero di eventualità, lo consiglia sempre alla ricerca obbiettiva dei segni della lesione anatomica e quindi lo guida alla diagnosi provata, gli impedisce di facilmente inorgoglire perchè dimostra le grandi probabilità di errare. Inoltre col reperto sul cadavere e cogli esami istologici l'anatomia patologica dà con metodi assai semplici al clinico il controllo della diagnosi e la determinazione del processo evolutivo proprio della malattia.

Nei tempi più recenti la stessa anatomia patologica si è trasformata: giovandosi di un esame più minuto, più completo del cadavere, e ricorrendo al controllo sperimentale sugli animali, si muove con sicurezza nell'ampia cerchia dei processi generali e si volge con maggiore interesse ai problemi della clinica. Uno dei più illuminati anatomo-potologi ha proprio in questi giorni in tono di lamento affermato che, malgrado gli estesi altri mezzi d'indagine, a lui mancasse *il più importante modo di cercare il vero, cioè l'esame dell'uomo vivo, infermo.*

Mentre l'anatomia patologica riconosce in modo così esplicito il significato massimo dei fatti clinici, gli studi morfologici, in base alle ricerche sperimentali dirette e comparate sulle modalità di sviluppo dell'organismo, hanno dato la florida branca di studi ch'è la *fisiologia delle forme organiche* e che studia l'evoluzione dell'organismo umano.

E d'altronde la stessa morfologia, mentre, armandosi mirabilmente dei raggi X, porta l'occhio del medico così addentro nella forma, quasi nella struttura, dei visceri e nei rapporti tra essi, da dare la suggestione di una vera *anatomia viva*, in realtà ci offre i più luminosi insegnamenti circa la modalità della funzione meccanica.

Quasi fatalmente i dati morfologici trapassano di continuo nei risultati della fisiologia.

Alla semeiotica fisica, che ha trovato quel momentaneo assetto in cui si ferma una disciplina scientifica dopo un periodo di grande sviluppo, sono subentrati numerosi metodi di laboratorio che ci pongono in rapporto con le modificazioni funzionali dell'organismo.

Ormai i reperti anatomici, nè come applicazione semeiologica, nè come cognizione processuale, soddisfano più alle esigenze del medico moderno.

A parte che esiste una grande quantità di disturbi ed anche un numero non piccolo di malattie la cui base anatomica tuttora sfugge ad ogni indagine, lo stesso fondamentale concetto che oggi noi abbiamo della *malattia* non ci consente di foggiarla sulle alterazioni organiche. Se in buona sostanza la malattia è un disturbo dei meccanismi regolatori della vita, un disordine nell'equilibrio vitale, la comprensione di essa non può risiedere nel riconoscere una lesione locale. La lesione costituisce un fenomeno, un segno più o meno caratteristico della malattia, non altro: interpretare i rapporti tra la lesione e i disturbi è spesso più arduo e problematico che non si pensasse anche soltanto pochi anni fa. Se prendiamo ad esempio le malattie del cuore, col cui studio semeiologico irradiò tanta luce e fornì tante diagnosi precise il nostro clinico, ci avvediamo subito dei tempi mutati. Il diagnosticare la sede e la natura di una lesione orifiziale è nella gran parte dei casi facile e chiaro, ma è poca cosa; non basta nemmeno aggiungervi la conoscenza delle eventuali alterazioni consecutive in altri organi; abbiamo bisogno di stabilire il modo e la forza di funzionare del cuore, l'irrorazione dei singoli distretti viscerali, l'alterazione dello stato generale, per comprendere il cardiopaziente.

La degenerazione grassa del muscolo cardiaco constatata istologicamente si considerava come substrato anatomico della debolezza e della paralisi cardiaca: si considerava quindi la degenerazione grassa come causa di morte. Oggi sappiamo con tutta sicurezza che le cellule possono subire intensa degenerazione grassa senza perdere di capacità funzionale. Quando dunque degenerazione grassa e disturbi funzionali coesistono non si può concludere che questi siano conseguenza di quella; può darsi che la ragione della debolezza o della paralisi cardiaca sia anche la causa della degenerazione grassa. Si è tanto di raro in medicina autorizzati a stabilire connessione costante tra causa ed effetti!

E ancora: tutti i magnifici studi anatomici sul fascio di His e relativi nuclei sarebbero rimasti una preziosità dottrinale, se le ricerche grafiche e la patologia sperimentale non ci avessero illuminati su le conseguenze di lesioni di punti determinati della muscolatura cardia-

ca. Le ricerche fisiopatologiche ci permettono in molti casi di localizzare *intra vitam* una lesione del miocardio.

Similmente, è vero che al progresso delle malattie del sistema nervoso centrale hanno meravigliosamente contribuito gli studi sulla struttura e sullo sviluppo; ma essi non avrebbero dato alcun frutto senza l'esame clinico minuto e preciso.

Dall'associazione delle nozioni anatomiche e delle precise e minute indagini sulla funzione muscolare e sui disordini di sensibilità è nata in questa guerra non solo la clinica ma addirittura una nuova fisiologia dei nervi periferici.

Lo studio morfologico e funzionale del rene cronicamente infermo aveva permesso di stabilire in vita quali parti erano, almeno prevalentemente, lese; di distinguere la nefrite glomerulare e tubulare e le sclerosi. Ora siamo a sceverare le forme cliniche in rapporto alle modificazioni della crasi del sangue e alla funzionalità cardio-vascolare. La considerazione della forma anatomica passa per il clinico quasi in seconda linea di fronte alle postume conseguenze funzionali: è la natura e l'entità della intossicazione che culmina. Basta avere visto un caso tipico di nefrite con ritenzione di cloruri ed avere assistito al prodigioso beneficio della declorurazione per proclamare non dirò la superiorità del metodo fisiologico in clinica, ma la necessità assoluta del suo largo impiego nello studio degli animali. Se le ritenzioni di principî azotati nel sangue sono meno sicuramente utilizzabili in clinica, ciò dimostra non la fallacia del metodo, ma la imprescindibilità del rigore nell'adottarlo e della circospezione nel concludere.

Ogni metodo fisiologico fallirà, si comprende, se si stacca dalla considerazione dell'organo e dei suoi rapporti; ma la clinica deve oggi volgersi all'evoluzione dei processi.

Se le malattie considerate più strettamente organiche, hanno dimostrato che in gran parte consistono nel turbamento dello stato generale; possiamo dire che quasi il fenomeno inverso è avvenuto per parecchie malattie generali e cioè per quelle attribuite ad alterato ricambio organico e per alcune di quelle ascritte alle neurosi.

L'esame dei processi nutritivi, determinando con precisione matematica le entrate e uscite, intendeva stabilire in modo rigoroso il fabbisogno individuale, e pretendeva ridurre in ultima analisi la nutrizione a un bilancio in pareggio, in deficit, in eccesso. Sotto le più minute ed esatte indagini è invece risultato che le singole sostanze non si equivalevano a seconda delle calorie di combustione come entro il calorimetro; che la necessità dei singoli gruppi di sostanze variava entro limiti vasti; che la loro sostituibilità era ristretta; che per l'alimentazione era indispensabile una tal quale varietà di alimenti onde assicurare all'organismo sostanze di natura tutt'ora indeterminata (vitamine), ma in realtà indispensabili.

I risultati delle ricerche fisiche e chimiche si mostrarono insufficienti a renderci conto degli scambi di cui disponeva l'organismo per riparare le perdite dei tessuti (o provvedere al loro accrescimento), per mantenere l'equilibrio termico e per produrre lavoro utile. Convenne cercare altrove le forze direttive del mutamento delle sostanze organiche e minerali, di cui le analisi chimiche esaminavano la prima e l'ultima tappa cioè la forma in cui erano introdotte e la forma in cui erano eliminate. L'energia delle forze nutritive, la loro stessa tendenza a ritenere sostanze determinate oppure a distruggerle ed eliminarle, l'attitudine a svolgere particolari lavori esterni, le sensazioni interne generali che diciamo stato di benessere o malessere, e financo quella tendenza subcosciente ad alcune azioni a preferenza di altre che rappresenta molte delle azioni istintive, insomma tutta quanta la nostra vita animale, dalla materia che scompone alla tendenza che assume, si sono dimostrati dipendere dalle glandole dette, a secrezione interna. Ognuna lavora in modo correlativo (coordinato o antagonistico) con le altre, e l'azione complessiva risultante si esplica in gran parte per influenza sul sistema nervoso vegetativo. In tal guisa le analisi accurate e dirette dei processi vegetativi nutritivi condussero a studiare l'influenza di singoli sistemi endocrini, i quali regolano il ricambio sia quantitativamente sia qualitativamente, e determinano malattie che consistono in un alterato ricambio di un gruppo di sostanze, per esempio ternarie (pinguedine, glicosurie, diabete) o malattie che si estrinsecano per la modificata eliminazione di un altro gruppo (sostanze nucleiniche, nella gotta). In altri casi l'alterazione del sistema endocrino, modifica il corso evolutivo di alcuni organi o crea particolari disturbi anatomici o funzionali (morbo di Basedow, di Addison, acromegalia, ecc.).

Anche più profondamente s'è trasformata la dottrina delle infezioni. La batteriologia fu un fertilissimo e robusto innesto sul ceppo anatomico o morfologico. Parve instaurare un'èra nuova, quando riconobbe e specificò i germi di gran parte delle malattie infettive.

Di fatto l'epoca della batteriologia, completatasi poi con la protozoologia, è forse uno dei periodi più ricchi di sicuri e importanti risultati in tutta la storia della medicina. Noto

il germe, note le lesioni dal germe prodotte, la clinica d'ogni malattia infettiva pareva scaturire evidente e semplice. Il semplicismo dei morfologi fu presto scosso, appena si assodò che non i germi, ma i prodotti chimici, le sostanze tossiche, avevano parte preponderante nelle infezioni.

La fisiopatologia di esse raggiunse progressi sorprendenti, quando sperimentalmente provò che la influenza dei germi sull'organismo ha affinità di comportamento con quella delle sostanze proteiche introdotte direttamente senza le scissioni e le trasformazioni digestive. Il meccanismo delle infezioni schiude il grande capitolo dei mezzi di difesa dell'individuo contro le sostanze eterogenee. Così la conoscenza della infezione non include soltanto l'influenza delle sostanze tossiche proprie del germe, ma comprende soprattutto i meccanismi di difesa dell'organismo, per cui le sue funzioni si modificano sensibilmente e portano in circolo sostanze nuove. L'organismo cambia le sue attitudini, le sue proprietà; diviene talora ipersensibile, più spesso si immunizza. La diversità dei due cambiamenti e anche il grado di ciascuno, dipendono dalle proprietà del germe, dalla dose, ecc.; ma anche, e soprattutto, dalle condizioni individuali. L'osservazione clinica, rinnovata sotto il controllo degli agenti specifici, dimostrò che nelle infezioni acute, gravi, l'azione del germe prevale e determina quadri clinici quasi uniformi, calcati gli uni sopra gli altri: che nelle infezioni croniche, specialmente la tubercolare e la sifilitica, con localizzazione nei singoli visceri e con i vari generi di alterazioni da una parte, con le *disposizioni* individuali dall'altra, originano quadri così numerosi da abbracciare forse metà di tutte le forme cliniche.

La batteriologia ha dato al clinico il modo di approfondire lo studio delle malattie infettive. La ricerca dei germi, l'analisi delle modificazioni organiche avvenute per effetto dei germi specifici, le reazioni umorali, sono campi fruttiferi per le esplorazioni mediche. Il clinico viene in possesso di metodi che conducono a riconoscere le cause delle malattie e a penetrare nel corrispondente meccanismo ond'esse operano; ottiene importanti contributi alla terapia specifica e perfino alla prevenzione di molte malattie infettive.

Pare strano anche ad enunciarlo, ma sta in fatto che anche il problema delle differenze individuali cioè delle *costituzioni*, dei *temperamenti*, delle *diatesi*, venne affrontato dalla medicina sperimentale. La potenza dei fatti sicuri è tale che le scienze, così dette positive, le quali altra volta avevano dileggiato la clinica perchè insisteva sulle differenze individuali, hanno finito esse stesse per convincersi dell'importanza di simili questioni e dedicarvi l'opera loro. La *fisiologia delle forme organiche*, la serologia, l'endocrinologia e la stessa anatomia patologica moderna offrono argomenti per comprendere le ragioni dell'individualità.

Il clinico che, con lavoro poche volte interrotto lungo i secoli, ma finora coronato da modesto successo, ha indagato il perchè da cause identiche e similmente attive derivassero effetti vari secondo gli individui, troverà argomenti per interpretare le condizioni del soggetto, quali dall'anamnesi e dall'esame fisico risultano; ne trarrà metodi perfezionati per saggiare la capacità funzionale della persona. Attribuendo giusto significato all'evoluzione del soggetto in rapporto con dati ereditari e anamnestici; scrutando con precisione negli elementi patogenetici e le alterazioni funzionali ed organiche conseguenti, la clinica si avvierà preparata verso la risoluzione del problema più arduo e più sottile che l'abbia mai affaticata, cioè *la personalità* umana.

Non vi estimerei al giusto valore se estendessi agli altri capitoli questi sieno pur rapidi accenni al rinnovamento della medicina interna, per dimostrare che tutto lo scibile medico si è trasformato.

A tale rinnovazione le cliniche mediche sono rimaste tutt'altro che indifferenti. I clinici più sagaci di qualche diecina d'anni fa si attribuivano il compito d'investigare le leggi della natura, di studiare i processi per cui s'alterava il normale funzionamento del nostro organismo.

La misura con cui gli scopi biologici si associavano allo scopo immediato della diagnosi e cura dell'infermità variarono secondo le scuole.

Le cliniche più progressiste erano divenute un aggregato di laboratori intorno alle sale dei malati. Specialmente i giovani, volentieri dedicavano l'ingegno e l'attività ai problemi di carattere generale. Nel laboratorio veniva consumato gran parte del tempo che prima si spendeva nell'esame coscienzioso, nell'osservazione continua e diligente del malato. Il miraggio del successo nelle ricerche sperimentali lasciava intravedere il nuovo, laddove la fretta del concludere si sostituiva al rigore della logica. Si attribuiva in clinica spesso importanza ai dati di laboratorio senza che una sicura esperienza ne avesse sanzionato il valore. In sostanza le cliniche mediche parvero case, in cui la padrona dedicasse pensiero e lavoro alle questioni scientifiche, e un'ancella affettuosa e modesta dedicasse la sua opera all'esame e alla cura dell'infermo.

Così la preparazione del clinico moderno ri-

sente i danni della *specializzazione* che era inevitabile nel periodo in cui i vasti capitoli della clinica profondamente si trasformavano. Non era possibile seguire con eguale interesse, con simultaneo controllo, con profondità di esame tutta la quantità di dati che dai gabinetti puramente scientifici e dalle cliniche d'ogni parte del mondo affluivano abbondantemente.

Di solito avviene tuttora nelle cliniche che le ricerche conformate a così numerose e varie discipline non siano condotte con la precisione e la sicurezza di metodo di cui fruiscono nei laboratori delle scienze specializzate. Per conseguenza, nei lavori usciti dalle cliniche, la impostazione e anche l'apprezzamento critico, in quanto l'una e l'altro derivano da elementi tecnici, sono ottimi in singole branche, deficienti in altre.

I clinici che si sono venuti formando in questo periodo di predominio del laboratorio, mentre hanno esperienza e conoscenza specializzata in alcuni campi della biologia, sono forniti di pratica meno larga e meno fine dell'ammalato; l'abitudine al raziocinio e alla logica clinica è di tanto diminuita di quanto è divulgata la consuetudine di cercare nelle prove di laboratorio, anzichè nella valutazione esatta e nella coordinazione dei fenomeni, la formola diagnostica. Il clinico ha tanto guadagnato specializzandosi in singole sezioni della medicina interna, quanto ha perduto in profondità di sapere e nella capacità sintetica di diagnosticatore.

La clinica, avendo bisogno di controlli più numerosi e comparativi e non potendo creare a sua posta le occasioni per le verifiche, marcia nella via del progresso con passo più lento che le scienze sperimentali. Mentre essa si veniva spossando nel lavoro del suo rinnovamento, era insidiata dagli uomini di laboratorio. I biologi disponevano di buona coltura generale, ed ognuno eccelleva per profondità di sapere e per precisione di tecnica nella branca che coltivava. Ne seguiva che un biologo, applicando i requisiti derivanti dalla sua specializzazione, poteva raggiungere in casi adatti risultati brillanti nella diagnosi e nella cura. Contento e inorgoglito dal successo, rassicurato dal facile dispregio che spesso si affetta verso quanto si conosce meno, convinto che quella osservazione che si giova soltanto dei sensi sia di facile acquisto e di ovvio esercizio, inconscio della necessità della sintesi diagnostica e ignaro delle difficoltà dell'esperienza curativa, entrava volentieri nella persuasione della sua validità clinica, della propria sufficienza clinica. Non si può negare che talvolta l'abitudine all'osservazione sviluppi e affini attitudini latenti in uomini di laboratorio e possa condurre alla formazione di clinici autentici; ma è pure indubbio che l'abitudine a studiare problemi semplici e con soluzioni nette — quali sono i problemi che l'esperimento si pone e risolve — conferisca poco alle doti del clinico medico, conferisca meno che il tirocinio nell'esame dei sintomi, nell'apprezzamento diagnostico, nella indicazione delle cure.

Allo stesso modo che spesso è poco solida e precisa la produzione scientifica delle cliniche, così è pure poco luminoso lo spettacolo di uomini di laboratorio (igienisti, zoologi, batteriologi, patologi generali, anatomopatologi, fisiologi, ecc.), da un momento all'altro improvvisati a clinici.

Molti in Italia e fuori hanno gettato il grido d'allarme che i veri clinici sono scomparsi, che *il clinico* non esiste più.

La clinica, che riceve da varie parti torrenti di nuovi e larghi mezzi d'indagine sgorgati dalle pure fonti della scienza, e che dovrebbe fonderli con le preziose correnti della osservazione diretta del malato, non riesce ad arginare i copiosi confluenti per farne un fiume ampio, sicuro e maestoso. Le acque torrenziali straripano e dilagano in gran parte.

La clinica è in crisi. La crisi è avvertita in tutto il mondo civile. Noi non sapremmo sostituire ai nomi grandi dei clinici italiani e stranieri della generazione precedente nomi altrettanto famosi. La ragione non sta tutta nella migliorata coltura generale e quindi nella difficoltà di emergere: consiste soprattutto nel fatto che i clinici nuovi non hanno saputo abbracciare, condensare tutto lo scibile nuovo delle scienze biologiche, armonicamente e rigorosamente utilizzarlo per i loro scopi: i biologi non hanno contratto abbastanza esercizio alla sintesi da meritare il nome di clinici. La clinica, per essere diventata donna di tutti, non è più regina.

Il vostro istinto di conservazione, o signori, non diffidi perciò, non tema della clinica moderna. Se avete la disgrazia di vivere in un'epoca critica della medicina, avete la fortuna che i vostri malanni sieno più accuratamente esaminati e forse meglio curati. La contraddizione non è che apparente: se mancano uomini così eccelsi da dominare tutto il campo della clinica, voi trovate le singole porzioni del campo più utilmente e intensamente coltivate.

Ma di che natura e significato è tale crisi? È dessa una crisi pericolosa? Minaccia l'avvenire della medicina, come qualcuno mostra di paventare?

Nell'analizzare le condizioni odierne della medicina interna, avevo quasi il dubbio di ripetere cose che ha pensato chiunque abbia riflettuto

sul problema. Temo per converso di trovare dissenzienti molti nel giudizio intorno al significato della crisi. Non rinuncio perciò ad esporre le ragioni del mio giudizio.

La crisi, secondo me, riguarda piuttosto gli uomini che le cose. È l'esuberanza del materiale che sconvolge la clinica. Si tratta d'una crisi di crescenza. La clinica sarà portata a più vasto, più fecondo avvenire, non appena le forze in germinazione troveranno l'equilibrio. Voi bene avete inteso che l'equilibrio della clinica s'è alteràto per l'irruzione delle correnti scientifiche. Ma non vi attendete da me che io proclami debba la clinica alzare le dighe contro tale eventualità; nè oggi, nè mai, altrimenti essa rimarrebbe una morta gora. Al momento, è sconvolta non tanto perchè i progressi si sono avverati rapidi, profondi, simultanei in molte branche, quanto forse perchè ha esorbitato dai suoi compiti, proponendosi troppe questioni di biologia generale. E se il clinico invade il campo altrui, perchè lamenta che i biologi invadono il proprio?

Deve pertanto il clinico moderno limitarsi a prendere notizia dei progressi delle scienze biologiche, applicarli nel limite possibile allo studio degli infermi, vagliarne il meccanismo, stabilirne il significato? Deve rinunziare ad ogni iniziativa scientifica, ad ogni ricerca sperimentale?

Il clinico ha l'obbligo di utilizzare i dati scientifici acquisiti, ma i fenomeni clinici possono di rimando fornire occasione a indagini sperimentali, mettere per conto proprio problemi biologici alle scienze sorelle. Nel campo sterminato dei problemi biologici a nessuno si vorrà mai imporre limitazione di lavoro, tanto meno a chi, dovendo affrontare le questioni più complesse, può scorgere fatti nuovi, può intravedere nuovi rapporti tra fatti noti, può financo indicare nuovi indirizzi. La mente del clinico può bene maturare i più ardui e poderosi problemi della vita umana. La preparazione anatomo-patologica o chimica o fisiologica è il viatico migliore per la clinica. La clinica non può vivere se non alimentandosi di continuo con i prodotti delle scienze biologiche; da esse riceve i mezzi per le verifiche che le dànno sicurezza e libertà di giudizio. Ma conoscere le armi di combattimento non significa possedere l'arte della guerra.

I problemi della vita, che sono e saranno il sempre nuovo tormento dei pensatori, tanto più si rischiarano, si approfondiscono, quanto più intimo è il commercio di tutte le scienze, quanto più intenso e continuo è lo scambio di conoscenze fra esse. L'universalità della scienza domina oggi la nostra mente. Il metodo sperimentale, dopo avere con i perfezionamenti tecnici creato il particolarismo, ora con la sua magica potenza avvicina e abbraccia e collega le scienze perchè, insieme cooperando, innalzino la mente a concetti più ampi e meglio rispondenti alla realtà.

Questa visione dell'insieme che viene a dominare sulla specializzazione della coltura, porta con sè, esige, che l'opera di ogni disciplina scientifica si svolga in conformità e nell'ambito della propria competenza tecnica e delle stesse abitudini mentali che crea. *(Continua)*.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI.
RIPARTO INFETTIVI.

Una serie di meningitici guariti con le iniezioni intra-rachidee di siero anti-meningococcico

pel capo-riparto M. RIZZI.

L'anno scorso, quale capo-riparto degl'infettivi dell'Ospedale militare in Chieti, mi trovai dinanzi ad un fatto inaspettato, superante ogni mia aspettativa: « Gli infermi affetti da meningite epidemica, da me curati col metodo radicale delle iniezioni intra-rachidee di siero antimeningococcico, *guarirono tutti* ».

Certo io non curavo quelli pei quali non vi era il tempo indispensabile a fare che la cura espletasse i suoi meravigliosi effetti.

La cura trasforma il liquido intra-rachideo da torbido in limpido raramente dopo una sola iniezione ma ordinariamente dopo una serie di 3 a 8 iniezioni. Quindi sono indispensabili almeno 3 o 4 giorni per ottenerne gli effetti, e per mettere in conseguenza fuori pericolo il meningitico. Egli è per ciò che nei gravi accessi in cui si prevedeva la morte imminente non si operava. Ma dopo poche ore, per qualcuno che superava l'accesso, si operava costantemente.

In ogni modo i casi erano stati pochi, per ciò mi si fece vivo il desiderio di cercare la riconferma prestandomi ad adottare lo stesso metodo radicale in un'altra epidemia che per il sufficiente numero di casi servisse ad un efficace controllo. E l'occasione mi si presentò ben tosto nella grave epidemia di meningite in Trinitapoli nel corrente anno (nella quale mi si invitò ad intervenire operatoriamente).

Qui ebbe a verificarsi questo: Vi furono 37 casi; dei quali i curati furono 8, e, come per Chieti, tutti gli 8 casi guarirono (1). I non cura-

(1) Furono 10 anzichè 8: ma ho voluto tralasciare gli altri 2 casi che fecero cura incompleta.

ti furono 29, e fra questi vi fu la straordinaria mortalità di 23 su tutti i 29 non sottopostisi a cura (l'80 per cento).

La mortalità dei meningitici non curati in realtà fu maggiore dell'80 %, essendovi stati molti casi di meningite non denunziati perchè la morte fu fulminea (prima che il medico fosse arrivato o prima che ne avesse sospettata la diagnosi reale).

Con ciò il controllo diventa decisivo.

Il metodo nei casi appropriati adunque dà sorprendenti effetti. Tutti guarirono; nessuno rimase offeso; e ciò tutto al contrario di quanto succede per i non curati, di cui, oltre la straordinaria mortalità, vi è anche il rilevante fatto che, anche a guarire, parecchi rimangono storpii (ciechi, sordi, paralitici...).

Ed ora, quale il metodo radicale da me seguito? Quali le preveggenze per non fare opera vana, anzi addirittura dannosa?

Il metodo da me seguito consiste nell'iniettare nello spazio sotto-aracnoideo 50 cmc. di siero per gli adulti, e ciò giornalmente sino a quando il liquido estratto non passa da torbido a limpido. (Non adunque le dosi derisorie; non le dosi isolate o a lunghi intervalli; non nello spazio sottocutaneo, mezzo assolutamente impotente).

Va sottinteso poi che se si formano degli impedimenti, dei tramezzi, che non permettano che il siero raggiunga gli spazii superiori, è inutile aspettarsi la guarigione se prima non si penetri in questi spazii.

La puntura lombare bisogna farla subito, prima che per l'avanzarsi del processo non si abbia più il tempo necessario, prima che dei processi distruttivi non abbiano apportato la perdita di un organo... (esempio più comune: la vista, l'udito...).

L'operare il meningitico sin dai primi istanti, sin dai soli primi sintomi sospetti, apporta una rilevante diminuizione della mortalità. È però rilevante il fatto che il siero antimeningococcico agisce ancora energicamente anche a periodo avanzato della malattia. Ma frequentemente il ritardo della cura di qualche giorno (o anche di alcune ore) ti fa trovare il meningitico all'inizio di una di quelle frequentissime esacerbazioni che possono precedere la morte di solo poche ore, o che abbia fatto dell'ammalato uno storpio (paralitico, cieco...). In tutti questi casi la cura non servirebbe ad altro che a screditare il metodo.

Del resto la puntura lombare è indispensabile praticarla quanto prima, sin dai primi lontani sospetti, perchè essa costituisce il solo mezzo per assodare immediatamente la diagnosi.

Non bisogna dimenticare che la sola apparenza del liquido estratto è fortissimo segno diagnostico anche della natura della malattia. La puntura poi di per sè sola è un mezzo sempre utile, diminuendo la pressione intra-rachidea (pur trascurando il beneficio del lavaggio che ne consegue, cosa alle volte rilevantissima).

Che se l'esame batteriologico, seguito immediatamente alla puntura, non ti avrà conformata la diagnosi, in tal caso è inutile insistere nelle iniezioni; sarebbe un voler screditare il metodo.

In quest'ultimo periodo il trattamento del meningitico, in un punto importante, si è oltremodo semplificato; perchè sino a poco tempo fa riusciva complicato l'accertamento dell'infezione da meningococchi rispetto all'infezione da simil-meningococchi; a far rifulgere la statistica bisognava scartare questi ultimi dalla cura col siero. Oggi col siero polivalente non si fa tale scarto, si curano tutti collo stesso siero, e tale sottile diagnosi differenziale non è più indispensabile.

Succede alle volte che dopo alcune iniezioni (3 a 8) il liquido intra-rachideo si fa limpido: il processo infettivo e fluogistico intra-rachideo evidentemente è in piena guarigione; ciò non ostante la febbre persiste. Ciò mostra che, scomparso il processo locale, permane un'infezione generale. Ora nei casi chiari di infezione generale giova l'iniezione intra-venosa di siero antimeningococcico. Però in alcuni casi mi sono convinto che gl'infermi guariscono anche senza l'iniezione intra-venosa; soltanto l'infezione si mantiene a decorso lungo.

In alcuni di tali casi di persistenza della febbre per batteriemia diversa dalla meningococcemia ho praticato le iniezioni intra-venose (e qualche volta sottocutanee) di argento colloidale. In un simile caso gravissimo ebbi rapida, sorprendente guarigione.

Per quanto l'argento colloidale non mi abbia addimostrato la benchè minima efficacia nella batteriemia da meningococco, invece è da rimanere sorpreso in qualche altro caso per batteriemia di altra natura. Che vi sia quest'azione in dati casi già in precedenza me ne aveva determinato la piena convinzione un caso di ben altra natura, cioè d'infezione chirurgica occorsami nel mio stesso riparto infettivi in Chieti. Si trattava di un soldato che da oltre 4 mesi, in seguito a frattura della gamba, soffriva di ribelle infezione (infiltrazione intensa di tutto l'arto quasi elefantiasico, con ricorrenti quasi interminabili zone crisipelatose ed erisipelatose-flemmonose, frequentemente gangrenose). Stanco, scoraggiato, anzi disperato,

l'infermo chiedeva l'amputazione dell'arto. Ma io ne volli prima tentare l'iniezione di argento colloidale. Dopo le prime 4, vi fu spiccata miglioria, arresto temporaneo; ma, ripresasi l'infezione, caricai le dosi; ed allora in pochi giorni con viva sorpresa vi fu scomparsa totale dell'infezione, che sin allora era stata assolutamente ribelle. (Caso isolato che da solo costituisce esperimento decisivo).

Con questa statistica mia particolare di guarigione di tutti indistintamente i sottoposti alla cura radicale (che siano però assolutamente dei meningitici da meningococco e con recezione del siero in tutto lo spazio cerebro-spinale); con questa mia statistica adunque non si nega che, non agendo il siero immediatamente, ma dopo parecchie ore, non si possano avere dei morti e degli storpii in questo breve periodo, lo ripeto, che va dalla iniezione al momento dell'insorgere delle forze difensive per opera del siero, tutti conoscendo la fulmineità con cui in questa malattia assai frequentemente si passa dallo stato di benessere e apparente guarigione allo stato più disperato e di morte.

In ogni modo, il non aver avuto nessun caso di morte adottando tutte le altre preveggenze mostra che tali insuccessi costituiscano una lontana eventualità.

Ed ora valgano (me lo auguro) questi brillanti risultati, miei e di tanti altri a svegliare, a spingere finalmente i colleghi a non perdersi con tanto studio solo in cure palliative ed inefficaci, adottate nella generalità dei casi dei morbi a cura non specifica, ma a ricorrere con entusiasmo ad un preparato quasi miracoloso, che, usato con discernimento, dà al medico la viva sensazione di farsi con esso quasi creatore della vita.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla frequenza e la profilassi vaccinica del paratifo A

Dott. Prof. VASCO FORLÌ, maggiore medico addetto alla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata di Milano.

La vasta esperienza acquisita, essenzialmente per opera dei medici militari, nei numerosi stati in guerra permette oggi di affermare la importanza profilattica della vaccinazione antitifica. La letteratura medica francese ed inglese è ricca di pubblicazioni favorevoli alla profilassi vaccinica; Kaup, rappresentante del Comando supremo dell'Armata Austro-ungarica al Congr. di Medicina interna di Varsavia (maggio 1916) riferì che la mortalità, la quale era del 13-16 % prima della vaccinazione, scese, per effetto di questa, al 5-6 %; da una statistica di Hühnermann risulta che, nell'esercito tedesco, la mortalità per le malattie del gruppo tifico è stata del 9,6 % in individui sicuramente non vaccinati, del 6,6 % in coloro cui erano state praticate due iniezioni, e del 2,6 % soltanto in quelli ripetutamente vaccinati; Yagisawa riporta dati statistici riguardanti l'esercito giapponese, dai quali si rileva come la profilassi vaccinica abbia diminuito notevolmente nei riguardi della infezione tifosa, la morbilità e la mortalità; e recentemente Müller ha comunicato come, anche a Costantinopoli, dopo introdotto l'uso della vaccinazione, il tifo sia divenuto più raro e più lieve. Moreschi sulla base di indagini eseguite con Marcora constata nel periodo giugno-settembre 1915, quando la percentuale dei vaccinati 3 volte nelle nostre truppe raggiungeva appena il 25.9 %, una diminuzione della morbilità per tifo del 9 % nei vaccinati 3 volte in confronto dei non vaccinati ed una sensibilissima diminuzione della mortalità sempre nei vaccinati.

Gli insuccessi rimproverati alla profilassi vaccinica perdono grandemente di valore quando essi vengano serenamente valutati. Anzitutto, non può parlarsi di insuccesso per quei casi — tutt'altro che rari — nei quali la vaccinazione era stata praticata in maniera incompleta o insufficiente. Già nel 1915 Vincent richiamava l'attenzione sugli svariati artifici di cui molti soldati si valgono per sottrarsi alla vaccinazione; e riferiva che un medico militare incaricato delle iniezioni profilattiche valutava al 3 % almeno il numero di coloro che riuscivano a sfuggire alla sua sorveglianza (falsi

vaccinati). Considerando che, in base a questa percentuale — la quale, inoltre, per l'epoca alla quale si riferisce, è probabilmente inferiore alla cifra reale — si ha un totale di 30,000 non vaccinati per ogni milione di soldati, e tenendo presente la grandiosità delle armate scese in campo, è facile rendersi conto del gran numero di individui che, malgrado l'obbligo teorico della profilassi vaccinica, affrontano in realtà senza difesa il pericolo della infezione tifosa. Occorre però dire come, col perfezionarsi della organizzazione sanitaria militare, sia divenuto sempre più difficile il sottrarsi alle iniezioni profilattiche; sicchè oggi la percentuale dei non vaccinati è certo, specialmente fra le truppe combattenti, assai inferiore alla cifra riportata dal Vincent.

D'altra parte, prima di parlare di insuccesso della vaccinazione, occorre tener conto, oltre che delle difficoltà pratiche innanzi sommariamente accennate, anche di considerazioni teoriche le quali permettono di fissare i limiti dei vantaggi consentiti dalla vaccinazione stessa.

Occorre, ad esempio, tener conto del fatto che il valore della immunità vaccinica comincia a decrescere dopo il quinto mese, sicchè verso il settimo e l'ottavo mese va considerato come praticamente nullo. Appunto in base a questa osservazione, nell'esercito austro-ungarico i soldati vengono rivaccinati appena trascorsi sette mesi dalla vaccinazione precedente (Kretschmer).

Inoltre è noto come la immunità vaccinica in genere non sia assoluta ma relativa; nessuna meraviglia quindi se, in casi isolati, la virulenza del germe o la diminuita resistenza organica dell'individuo consentono che, malgrado la difesa profilattica, sia reso possibile lo svolgersi dell'infezione. Oggi pochissimi o nessuno pongono in dubbio il valore profilattico della vaccinazione antivaiolosa; ma questa non ha impedito che, dal primo gennaio al 30 settembre 1916, si manifestassero, in Austria, fra la popolazione civile ben 24,376 casi di vaiolo (*Bollettino Sanitario del Ministero dell'Interno italiano*, 1916, fasc. 10).

Ma la causa maggiore di apparente insuccesso della vaccinazione antitifica è indubbiamente rappresentata dal fatto che molti dei casi diagnosticabili clinicamente come tifi sono in realtà dovuti a infezioni paratifiche. La constatazione che contro questi ultimi germi il vaccino antitifico è assolutamente privo di azione (Rimbaud, Labbé, Chantemesse e Grimberg, ecc.) doveva quindi necessariamente condurre alla adozione di un vaccino la cui efficacia profilattica non fosse limitata al solo bacillo di Eberth.

La conoscenza dei vaccini misti rimonta ormai a parecchi anni. Castellani ha preparato, fin dal 1905, vaccini costituiti per due parti di germi del tifo e per una parte rispettivamente di quelli del paratifo A e B, e li ha iniettati all'uomo, il primo vaccino di Vincent (1910) era costituito da varii ceppi di bacillo di Eberth, insieme a bacilli paratifici; lo stesso Vincent, nel 1912, comunicava che il suo vaccino conteneva paratifi A e B nella proporzione di 1/16. Sembra però che queste preparazioni non risultassero sufficienti a prevenire il paratifo. Avrebbe invece dato buoni risultati un vaccino preparato da Vincent nel 1913 (due parti di tifo e una di paratifo A o B) e sperimentato nel Marocco orientale. Nella marina giapponese si cominciò nel 1908, a vaccinare separatamente contro il tifo, il paratifo A e il paratifo B; ma, poichè questo sistema non è pratico, Kabeshima propose, nel 1914, un vaccino polivalente, contenente i tre germi in parti eguali. Widal, nell'agosto del 1915, riferì d'avere sperimentato sulle cavie, con esito soddisfacente, un vaccino misto da lui preparato

La profilassi antitifo-paratifica a mezzo di un vaccino polivalente contenente, per ogni cmc., 500 milioni di germi di ciascuna delle tre specie, è già da tempo in uso nell'esercito franco-inglese (cfr. fra l'altro Widal e Courmont). in Germania Stintzing ha suggerito di estendere la vaccinazione anche ai paratifi A e B, ma non mi consta che la proposta sia stata finora adottata.

Per quanto riguarda le nostre truppe, è noto come si sia discusso a lungo, presso la Intendenza Generale del R. Esercito, intorno al vaccino da preferire. Furono esaminati i dati statistici riguardanti la frequenza delle varie forme, si tenne conto delle osservazioni fatte col vaccino triplo sperimentato in Libia nel 1912-1913, e si concluse per l'adozione di un vaccino contenente, per ogni cmc., 800 milioni di germi del tifo e 500 milioni di germi del paratifo B. La aggiunta di bacilli del paratifo A fu ritenuta non opportuna, sia perchè le forme morbose provocate da questi germi non risultavano molto frequenti, sia perchè il vaccino triplo dava luogo a reazioni sensibilmente più intense.

Entrambe queste considerazioni, indubbiamente giuste all'epoca in cui si svolse la discussione in proposito (dicembre 1915), hanno oggi, a me sembra, perduto molto del loro valore. Nulla di strano, del resto, che una malat-

tia, rara e isolata oggi, possa diffondersi e divenir frequente domani; e che si giunga, con opportuna preparazione del vaccino, a mitigare la reazione dell'organismo.

***

Per quanto riguarda, infatti, la diffusione del paratifo A, le nozioni più recenti sono nettamente contrarie all'ottimismo restrittivo regnante or non è molto tempo. Kaliebe, in una pubblicazione apparsa nell'agosto 1916, rilevava infatti come, man mano, parecchi autori tedeschi abbiano segnalato casi di paratifo A, malattia che era prima rarissima. Pochi mesi dopo (novembre 1916) Löwenthal calcolava a 750 i casi fino a quell'epoca batteriologicamente accertati in Germania; ma se si tien conto dei casi in cui la emocultura dovette riuscir negativa (ciò che, come è noto, accade sovente, specie quando essa viene praticata non più nei primissimi giorni della affezione) e di quelli, certo numerosi malgrado l'ottima organizzazione medica tedesca, in cui la ricerca ematologica non venne praticata, si può concludere agevolmente che il numero reale di malattie provocate dal bacillo di Bryon-Kaiser sia stato assai maggiore di quello innanzi indicato. Degno di speciale menzione è il fatto che, realmente, prima della guerra, il paratifo A era rarissimo in Germania, tanto che Klinger parlava di questa malattia come di un brutto regalo ricevuto dai francesi. Lehmann, che già da qualche tempo aveva richiamato l'attenzione sulla distribuzione geografica del paratifo A, e rilevato la frequenza di questa forma morbosa nei paesi meridionali, è tornato recentemente sull'argomento, insistendo sul fatto che, fra gli eserciti imperiali, la detta malattia va divenendo più frequente, per propagazione dal sud verso il nord. E ciò avverrebbe non solo sul fronte occidentale, grazie ai contatti con le truppe francesi, specialmente con quelle provenienti dal Nord-Africa, ma anche sul fronte orientale; un fatto questo il quale, del resto, non arreca meraviglia quando si rammenti che la frequenza del paratifo A era già stata segnalata sulle rive del Mar Nero (Svestka), in Bulgaria (Mühlens, Iwanoff), nella Macedonia del Sud (Hübener), a Costantinopoli (Stade). Per quanto riguarda le truppe austro-ungariche, casi di paratifo A sono stati descritti fra l'altro, da Oesterlin in Galizia, e da Erdmann e Schopper specialmente in Serbia.

Fra gli eserciti dei nostri alleati combattenti sul fronte francese, i casi di paratifo A sono verosimilmente più frequenti che fra le truppe tedesche e austriache; e infatti già nel dicembre 1914 Landouzy aveva segnalato il fatto, e reclamata la vaccinazione antiparatifica. Non è possibile, in base ai soli caratteri clinici, valutare — sia pure in maniera grossolanamente approssimativa — il numero di tali casi; giacchè, mentre si può forse tentare di differenziare clinicamente dal tifo il paratifo B (1), non si può invece avvalersi di questi criteri per diagnosticare il paratifo A, il cui quadro clinico è assai più somigliante a quello della infezione eberthiana. Anche il risultato della sierodiagnosi non può venir considerato come probativo, trattandosi ormai, nella quasi totalità dei soldati, di individui già sottoposti alla vaccinazione. È noto infatti come numerosi autori (Kellermann, Lagane, Dünner, Lipp, Bernard e Paraf, Nobel e Neuwirth, Kühl, Ziersch, Hage e Korff-Petersen, ecc.) neghino alla prova di Widal ogni valore diagnostico nei vaccinati; e anche gli autori che si esprimono in senso meno sfavorevole (Stursberg e Klose, Klemperer, Oettinger e Rosenthal, Salomon, Cade e Vaucher, ecc.) riconoscono la inferiorità dei risultati della prova di Widal in confronto a quelli della emocultura, e specificano le condizioni necessarie ad una razionale applicazione della ricerca sierodiagnostica. Riebold, ad esempio, accorda alla sierodiagnosi valore probativo, quantunque non assoluto, solo dopo che sono trascorsi dieci mesi dall'epoca della vaccinazione. Ma poichè, come si è accennato innanzi, sembra assodato che il valore profilattico della vaccinazione stessa diviene nullo sette o otto mesi dopo le iniezioni, è da ritenere che ormai le truppe vengano rivaccinate prima che sia trascorso questo periodo: sicchè, in pratica, verrebbe a mancare nell'esercito la condizione richiesta da Riebold per la utilizzazione della prova di Widal. I risultati dovrebbero essere assai più precisi col metodo della saturazione delle agglutinine (Chantemesse e Grimberg, Gauthier e Weissenbach), ma questo metodo è troppo delicato e laborioso perchè si possa sperare che, in pratica, la ri-

(1) Il paratifo B differirebbe dal tifo per una minore durata della malattia (in media 19 giorni contro 24), per le frequenti e spiccate irregolarità della curva febbrile, per la relativa mitezza dei sintomi, la minore frequenza delle complicazioni, la percentuale più bassa di mortalità. Per contro, è stato osservato che, negli infermi di paratifo B, la convalescenza si protrae più a lungo, poichè anche forme lievi di detta malattia sogliono produrre in grado spiccato dimagramento, oligoemia, astenia.

cerca possa venire estesa ad un gran numero di casi. Va notato poi come i lavori ai quali ho accennato si riferiscano a soggetti vaccinati solo contro il tifo; è verosimile che la vaccinazione mista antitifo-paratifica renda anche più complesse e difficili le ricerche intorno al valore della sierodiagnosi.

Elementi sicuri per giudicare riguardo alla frequenza del paratifo A vengono forniti solo dai risultati della emocultura; ma le pubblicazioni finora apparse in proposito nei giornali francesi sono troppo poco numerose per consentire statistiche a larga base. Inoltre, a seconda dell'epoca e della località in cui fu praticata la ricerca, i risultati sono notevolmente diversi. Così ad esempio, Labbé e Moussaud riscontrarono il bacillo del tifo nel 72 % dei casi, quello del paratifo B nel 26 %, e quello del paratifo A solo nel 2 %; mentre Nobécourt e Peyre trovarono soltanto 31 caso di tifo contro 45 di paratifo B e ben 91 (cioè oltre il 53 %) di paratifo A.

Io credo che anche in Italia il numero dei casi di paratifo A sia tutt'altro che trascurabile. Galeotti, ad esempio, li calcola all'8 % delle forme clinicamente diagnosticate come tifo; ma aggiunge che, secondo Veratti, la percentuale sarebbe sensibilmente maggiore (12,8 per cento). Guizzetti, su 89 emoculture, ne ha trovate 9 di paratifo A (cioè circa il 10 %), contro 37 di tifo e 43 di paratifo B (1).

A datare dal principio dell'anno in corso, insieme con il collega prof. Pezzi, abbiamo sistematicamente praticato l'emocultura (2) in tutte le forme sospette di tifo che giungevano all'Ospedale Militare di via Mantegna. Quantunque a questo ospedale, destinato appunto ai tifosi, pervenga — sia direttamente dai treni, sia dagli altri ospedali della città — la maggior parte dei casi del genere, tuttavia il numero di questi è stato finora così esiguo da fornire un contingente assai limitato di emoculture positive; ma le ricerche vengono continuate, e saranno ampiamente riferite più tardi.

Posso dire però come le indagini finora praticate abbiano permesso di constatare una percentuale relativamente alta dei casi di paratifo A. Su 21 emoculture positive figurava 11 volte il bacillo di Eberth, 5 quello di Schottmüller e 5 quello di Brion-Kayser. In questa piccola — e quindi non molto significativa — statistica, il paratifo A rappresenta dunque il 23,8 % dei casi. Importante è anche la constatazione che i 5 infermi suddetti provenivano da zone assai diverse: due avevano contratto la malattia a Milano, in località però assai distanti; due provenivano dal goriziano, ma erano acquartierati a molti chilometri di distanza l'uno dall'altro; l'ultimo infine era giunto dall'altipiano di Asiago.

A spiegare la maggior frequenza delle forme morbose attualmente diagnosticate come dovute al bacillo di Brion-Kayser può forse invocarsi anche il fatto che ora assai più di prima si è rivolta verso questo germe la attenzione dei ricercatori. Ma certo un aumento reale di queste forme esiste in tutti i paesi belligeranti; per quanto riguarda gli imperi centrali i lavori più innanzi citati mi sembrano, a questo riguardo, assolutamente probativi.

Occorre però, io credo, tener presente anche un'altra possibilità, e cioè che la diffusione del paratifo A venga favorita appunto dalla profilassi antitifica praticata con vaccini che non contengono il bacillo di Brion-Kayser. E infatti le somiglianze morfologiche e culturali esistenti tra i bacilli del tifo e del paratifo, come pure i dati epidemiologici, lasciano ritenere che le condizioni di ambiente le quali permettono lo svolgersi delle epidemie favoriscano in maniera analoga le infezioni tifose e le paratifose. Se i casi di tifo predominano, ordinariamente, di fronte a quelli di paratifo, ciò dipende dal fatto che il bacillo di Eberth è, rispetto all'uomo, più virulento dei suoi congeneri. Ma qualora la azione di esso venga ostacolata dalla vaccinazione antitifica, è naturale che — almeno in un certo numero di casi — possa svolgersi invece quella dei paratifi; azione questa che, senza l'intervento della immunizzazione vaccinale, non avrebbe avuto agio di manifestarsi, perchè preceduta e sopraffatta da quella del germe più attivo. Negli individui

---

(1) Moreschi e Marcora (*Il Pensiero medico*, 1915; *Il Policlinico*, Sez. medica, 1916) nel periodo giugno-settembre 1915, constatarono nelle nostre truppe sopra 339 ammalati di infezione tifoide essere questa dovuta nel 68.7 % al b. di Eberth, nel 24.4 % al paratifo B, nel 4.4 % al paratifo A.

(2) Cinque cmc. di sangue, estratti da una vena del cubito, vengono versati in un palloncino contenente brodo 30 cmc. e bile di bue cmc. 15, oppure 50 cmc. di bile, cui si addiziona 0.50 % di glucosio e 1 % di peptone (formula di Burnet). Se l'emocultura riesce positiva si fanno passaggi in brodo e in agar. Alla identificazione del germe si procede mediante la semina in tubi contenenti agar con glucosio e rosso neutro, e agar al sotto-acetato di piombo. La distinzione dal *bacterium coli* viene accertata con la cultura su patata e con la ricerca dell'indolo nel brodo. Si esegue infine una prova di controllo con i sieri specifici ad alto titolo. Il materiale per l'esame è stato gentilmente fornito, a mezzo del dott. Legroux, dall'Istituto Pasteur.

immunizzati, oltre che contro il tifo, anche contro il paratifo B, il bacillo di Brion-Kayser rimarrebbe solo a lottare contro i poteri di resistenza dell'organismo.

Può forse obbiettarsi non esser stata finora — per quanto è a mia conoscenza — dimostrata sperimentalmente la virulenza maggiore del bacillo del tifo in confronto a quelli dei paratifi. Sembra a me tuttavia che i dati clinici parlino nettamente in favore di questa ipotesi. Infatti, quantunque la profilassi vaccinica si sia finora rivolta essenzialmente contro il bacillo di Eberth, meno contro quello di Schottmüller, meno ancora, contro quello di Brion-Kayser, i casi di tifo sono sempre più numerosi che quelli di paratifo B, e questi più numerosi che quelli di paratifo A. Nè sarebbe giustificato il porre la maggior frequenza del tifo in rapporto con una maggior diffusione del germe corrispondente; chè anzi risulterebbe dimostrato essere il bacillo del paratifo B assai più diffuso dei suoi congeneri. Infatti la misura profilattica adottata dal Governo Prussiano nell'aprile 1916 (trattenere i portatori dei germi fino a quando dieci consecutivi esami di orine e di feci siano riusciti negativi) si riferisce al bacillo di Eberth e a quello di Brion-Kayser; non a quello di Shottmüller perchè — come, basandosi sulle ricerche di numerosi collaboratori, ebbe a dichiarare il generale medico Schulzen — i portatori di paratifo B sono così numerosi da riuscire praticamente impossibile l'eliminarli. Per quanto riguarda il paratifo A, io non so che esistano elementi i quali permettano di giudicare con sicurezza intorno alla sua virulenza. Il fatto che, malgrado i frequenti contatti esistenti da anni con le popolazioni del Nord-Africa e dell'Oriente, la malattia non ha, fino alla guerra attuale, preso stabile piede in Inghilterra, in Germania, in Francia, in Italia, ecc., starebbe però a dimostrare che, almeno nei nostri climi, riesce più difficile al bacillo di Brion-Kayser il propagarsi, più facile all'organismo umano il difendersi da esso. Lo stesso significato dovrebbe avere il fatto che — quantunque le condizioni dell'ambiente militare siano ora necessariamente tali da facilitare il diffondersi di ogni epidemia, e quantunque la vaccinazione contro il paratifo A non sia stata, almeno in Italia e in Germania, ancora adottata — la frequenza di questa affezione si mantiene ancora (e la guerra dura ormai da lungo tempo) notevolmente al disotto di quella delle forme morbose congeneri.

Le recenti indagini di Chantemesse e Grimberg verrebbero — se confermate — a corroborare l'ipotesi che la vaccinazione contro alcuni fra i microrganismi capaci di determinare la sindrome tifosa favorisca lo sviluppo degli altri. Secondo questi autori, la infezione da bacillo di Eberth si complica sovente, sia fin dall'inizio, sia durante il suo decorso, con quella dovuta ad uno dei paratifi o ad entrambi i paratifi stessi; mentre, in altri casi, la malattia potrebbe iniziare come paratifo, e venir complicata poi dall'intervento del bacillo di Eberth. Questa plurimità dell'infezione gli autori suddetti avrebbero dimostrato sia praticando, con una tecnica speciale, le emoculture, sia giovandosi della curva delle agglutinine. Non v'ha dubbio che la plurimità dei germi in gioco possa venir logicamente invocata per sostenere che, combattendo uno solo dei germi stessi, non si riesca, almeno in un certo numero di casi, a eliminare la infezione, ma solo a modificarne il carattere etiologico fondamentale.

Ma non è necessario invocare a questo proposito l'infezione mista. Dai pregevoli studi del Sanarelli e dei suoi scolari sulla origine autogena delle infezioni tifiche e paratifiche risulta che la presenza, sia pure occasionale e transitoria, dei germi tifici e paratifici nel corpo umano è oggi da riguardarsi come assai più frequente e diffusa di quanto non si credesse in passato; e che tutti questi microrganismi, influenzati da cause non sempre accertabili, possono uscire dallo stato di latenza, divenire virulenti, e invadere l'organismo assumendo il carattere di germi attivi e determinanti di processi morbosi specifici. Poichè le cause che favoriscono lo sviluppo delle infezioni tifoidi e paratifoidi sono presumibilmente le stesse, è naturale che, quando agiscono sull'organismo le cause capaci di attivare o di virulentare i germi suddetti, si sviluppi quella infezione contro la quale l'organismo stesso è meno protetto. Si comprende pertanto come nei vaccinati contro il bacillo di Eberth, possa penetrare nel circolo solo il germe del paratifo A o B; mentre, ove si trattasse di vaccinati contro i paratifi, si verificherebbe il fatto opposto.

Chantemesse e Grimberg accennano inoltre alla possibilità che la vaccinazione antieberthiana produca nell'organismo modificazioni atte a favorire la penetrazione dei bacilli del paratifo; una asserzione questa che — ove essa risultasse esatta — potrebbe facilmente venire estesa anche ad ammettere che la vaccinazione con i germi del tifo e del paratifo B favorisca l'infezione dell'organismo da parte del bacillo di Brion-Kayser.

Ad ogni modo, qualunque sia la causa a cui il fatto voglia attribuirsi, pare accertato che i

casi di paratifo A divengono più frequenti fra le truppe in campo; e che, per quanto riguarda l'Italia, anche attenendoci alle cifre, in data ormai non più recente, del Galeotti (8%) o del Veratti (12,8%)3, il loro numero non è più trascurabile. Nei casi da me osservati la proporzione dei paratifi A risultava del 23,8%.

*
* *

Per quanto si riferisce alla maggiore intensità dei sintomi determinati dalla vaccinazione tripla in confronto con quelli che seguono alla vaccinazione doppia, io non possiedo in proposito esperienza personale; ma, d'altra parte, non mi consta che nell'esercito franco-inglese si siano lamentati inconvenienti riferibili al vaccino triplo. Nel febbraio 1916 Widal e Courmont, avendo sperimentato su varie migliaia di individui (dei quali alcuni non vaccinati; altri già vaccinati, da tempo più o meno lungo, contro il bacillo di Eberth; altri infine che avevano già superato l'infezione tifosa) un vaccino preparato dall'Istituto Pasteur, secondo le indicazioni del Widal (1), affermavano la notevole tolleranza dell'organismo rispetto ad esso. In una pubblicazione recente di Widal e Salimbeni leggiamo che il vaccino triplo T A B è il solo attualmente impiegato in Francia; con esso vengono praticate quattro iniezioni alle truppe combattenti, tre iniezioni a quelle territoriali. Lungi dal lamentare una eccessiva intensità della reazione da parte dell'organismo, i suddetti autori osservano come sia desiderabile, dal punto di vista pratico, diminuire il numero delle iniezioni, compensando questa diminuzione con un aumento nella quantità dei bacilli introdotti ogni volta nell'organismo. Widal e Salimbeni hanno perciò preparato un vaccino concentrato in modo da contenere, in tre centimetri cubici, ben 10 miliardi di germi Tale quantità essi iniettano, in due dosi successive, rispettivamente di 1 cmc. e 2 cmc., con l'intervallo di sette giorni; e in circa cinquemila individui così iniettati essi non hanno rilevato reazioni più energiche di quelle date dall'ordinaria vaccinazione col vaccino triplo. Altri duemila individui hanno ben sopportato una sola iniezione di 1 1/2 cmc., cioè di cinque miliardi di germi.

*
* *

In complesso, quanto innanzi ho esposto sembra giustificare la convinzione che, fra le nostre truppe, i casi di paratifo A abbiano raggiunto, nella cifra complessiva delle sindromi tifose, una percentuale non più trascurabile; e che tendano anzi a divenire sempre più numerosi. Ritengo opportuno richiamare su ciò l'attenzione dei colleghi, aggiungendo come una conclusione precisa al riguardo possa solo venir formulata quando abbondino in proposito i dati statistici; e come la stagione estiva, che ora appunto incomincia, sia senza dubbio la più propizia a questo genere di indagini.

Se, da numerose osservazioni, risultasse indubbiamente che le constatazioni di Galeotti, Veratti, Guizzetti e mie non rappresentano reperti isolati e casuali, ma che realmente esse rispecchiano lo stato complessivo della epidemia tifosa, non sarebbe fuori di luogo il porre nuovamente sul tappeto la questione della profilassi vaccinica contro il bacillo di Brion-Kayser. Occorre a tal proposito rendersi conto come non sia ancora certo che l'anno in cor so segni la fine del conflitto; sicchè è ben possibile che le nostre truppe debbano trascorrere ancora una stagione estiva sul piede di guerra. La estensione della profilassi vaccinica anche al paratifo A appare specialmente giustificata in Albania, in Macedonia, in Libia, dove — anche in epoche normali — non sono rari i casi di detta malattia.

Non sembra invece che, dal punto di vista profilattico, meritino attualmente di venir prese in considerazione altre varietà di paratifi, su cui già numerosi autori hanno richiamata la attenzione (cfr. Azzi, Galeotti, ecc.).

Il timore di una eccessiva reazione dell'organismo alle iniezioni di vaccino triplo non risulta giustificato. Infatti, pur essendo il vaccino triplo ormai da tempo adottato su larghissima scala presso gli eserciti franco-inglesi, non sono stati — a quanto io sappia — segnalati inconvenienti. Anzi, Widal e Salimbeni hanno dimostrato di potere iniettare, senza danno per l'organismo, un vaccino triplo contenente dosi addirittura enormi di germi (10 miliardi in 3 cmc.).

(1) Tale vaccino contiene, per ogni cmc., circa 500 milioni di ciascuno dei tre germi.

BIBLIOGRAFIA.

AZZI. Rif. Med., 1916, n. 24.
BERNARD e PARAF. Presse Méd., 1915, n. 41.
CADE e VAUCHER. Presse Méd., 1916, n. 37.
CASTELLANI. Lancet, 1909, p. 529.
ID. Lancet, 1913, p. 595.
CHANTEMESSE e GRIMBERG. Presse Méd., 1916, n. 34 e 35.
DÜNNER. Berl. Klin. Wochenschr., 1915, n. 3.
ERDMANN e SCHOPPER. Virchow's Arch., 1916.
GALEOTTI. Riforma Medica. 1916, n. 24.
GAUTHIER et WEISSENBACH. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 28 luglio 1916.
ID. ID. Presse Méd., 1916, n. 52.

GUIZZETTI. Rif. Med., 1917, n. 13-14.
HAGE und KORFF-PETERSEN. Deutsche Med. Wochenschr., 1915, n. 45.
HÜHNERMANN. Münchn. Med. Wochenschr., 1916, n. 21.
KABESHIMA. Centralbli. fi. Bakt., vol. LXXIV, pag. 294.
KALIEBE. Münch. Med. Wochenschr., 1916, n. 33.
KAUP. Münch. Med. Wochenschr., 1916, n. 22.
KELLERMANN. Münch. Med. Wochenschr., 1914, n. 52.
KLEMPERER, OETTINGER und ROSENTHAL. Ther. der Gegenw., 1915, 5.
KLINGER. Münch. Med. Woch., 1915, pag. 1769.
KRETSCHMER. Münch. Med. Wochenschr., 1916, n. 36 e 37.
KÜHL. Deutsche Med. Wochenschr., 1915, n. 31.
LABBÉ. Presse Méd., 1916, n. 2.
LABBÉ e MOUSSAUD. Presse Méd., 1916, n. 14.
LAGANE. Presse Méd., 1915, n. 13.
LANDOUZY. Presse Méd., 3 dic.
LEHMANN. Bakteriol. Zbl., 1916, vol. 78, fasc. II.
ID. Münchn. Med. Wochenschr., 1917, n. 2.
LEHMANN, MÄULEN und SCHRICKER. Zeitschr. f. Kl. Med., vol. 82, fasc. 1 e 2.
LIPP. Münchn. Med. Wochenschr., 1915, n. 15.
LÖWENTHAL. Münch. Med. Woch., 1917, n. 46.
MORESCHI. Il Policlinico. Sezione Medica, 1916.
MÜHLENS. Münchn. Med. Woch., 1916, n. 42.
MÜLLER. Münchn. Med. Woch., 1917, n. 6.
NOBÉCOURT e PEYRE. Presse Méd., 1916, n. 64.
NOBEL und NEUWIRTH. Wien. Med. Wochenschr., 1915, n. 30.
OESTERLIN. Wiener Kl. Wochenschr., 1916, n. 9.
RIEBOLD. Münchn. Med. Woch., 1916, n. 17.
RIMBAUD. Presse Méd., 1915, n. 55.
SALOMON. Presse Méd., 1916, n. 12.
SANARELLI. Annali d'Igiene, 1917, n. 7.
SCHULZEN. Münchn. Med. Woch., 1916, n. 22, pag. 814.
STINTZING. Münchn. Med. Wochenschr., 1916, n. 22, pag. 814.
STURSBER: und KLOSE. Münch. Med. Woch. 1915, n. 11.
SVESTKA. Wiener Klin. Woch., 1916, n. 16.
VINCENT. Bull. de l'Ac. de Méd., 1910, p. 615.
ID. The Journ. of State Med., 1912, pag. 321.
ID. Congr. intern. di med., Londra 1913.
ID. Presse Méd., 1915, n. 46, p. 347.
WIDAL. Presse Méd., 1915, n. 38.
WIDAL e COURMONT. Presse Méd., 1916, n. 8.
WIDAL e SALIMBENI. Presse Méd., 1916, n. 22.
YAGISAWA. Paris Méd., 1916, n. 22.
ZIERSCH. Münchn. Med. Woch., 1915, n. 39.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla cosidetta ipertrofia cardiaca idiopatica.

F. KRAUS. (*Berl. Klin. Woch.*, n. 32, 6 ag. 1917).

Vi fu un tempo in cui si ammetteva una ipertrofia e una dilatazione primitive del cuore, senza che ciò fosse provocato da un aumento di lavoro del viscere. Come esempi non valevano tanto gli aumenti di volume congeniti del cuore, dovuti, come pensava Virchow, a una diffusa neoformazione di tessuto muscolare, quanto le ipertrofie in rapporto con una degenerazione grassa. Oggi solo pochi autori parlano ancora di una ipertrofia cardiaca idiopatica. Difensore della teoria meccanica dell'ipertrofia cardiaca è stato specialmente Corvisart, il quale ammetteva che un aumento di volume del cuore doveva sempre prodursi quando vi fosse un ostacolo al suo lavoro. Si aveva insomma un'ipertrofia analoga a quella che si produce nei muscoli dello scheletro.

Rokitansky, Skoda, Bamberger, accettarono la teoria di Corvisart.

Come ammette Kraus esistono due periodi nella ontogenesi: in uno gli organi aumentano di volume senza funzione vera e propria, e nell'altro l'aumento di volume è in stretto rapporto con la funzione dei visceri. Kraus aggiunge inoltre, che l'aumento di volume non è una semplice assimilazione, ma è pure il prodotto di una specie di attività vitale comandata da stimoli particolari. Ciò detto l'ipertrofia cardiaca si può concepire come un vero e proprio processo progressivo spiegabile con la teoria biologica degli stimoli. Anche l'anatomia patologica odierna (Aschoff) ammette che la ipertrofia del cuore sia il risultato di un aumento di lavoro almeno sino a quando questo non oltrepassa un certo limite. Le ricerche sperimentali dimostrano come negli animali sani, si possa ottenere un aumento di volume del cuore, in seguito a un prolungato aumento di funzione. È pure un fatto sperimentalmente provato che la quantità di alimento e il suo contenuto in energia utile, non corrispondono sempre ad un identico lavoro dell'organismo. Il sistema muscolare deve aver raggiunto un sufficiente sviluppo. Un individuo di debole muscolatura, a pari quantità di alimento, non produce lo stesso lavoro di un individuo robusto. Dietlen e Schieffer, allievi di Moritz, hanno stabilito per mezzo dei raggi Röntgen come uomini sani abbiano dei cuori di volume differente anche a parità nello sviluppo del loro corpo.

Nei casi in cui il volume del cuore superava di molto quello dei muscoli dello scheletro, si trattava quasi sempre di individui i quali eseguivano un pesante lavoro muscolare (fabbri, facchini, corridori). In seguito a ripetuti esami fatti durante un lungo periodo di tempo, Schieffer stabilisce come il servizio militare abbia una speciale influenza sul muscolo cardiaco. Da questo punto di vista l'esperienza personale ha mostrato a Kraus come in giovani tra i 18 e i 20 anni con torace esiguo e cuore a *goccia*, la buona nutrizione, e l'allenamento militare, producevano un aumento del torace e dei suoi visceri. Da prima aumenta il diametro trasversale del torace e il cuore diventa più ampio specie per quanto riguarda il ventricolo sinistro. In questi casi si trattava di aumento di volume funzionale. Non esistono però limiti netti con l'ipertrofia e nel caso che l'optimum sia superato, con la dilatazione. In queste ipertrofie fisiologiche da lavoro, il ventricolo sinistro e il ventricolo destro partecipano in eguale misura armonicamente.

Grober in individui che eseguivano penose fatiche avrebbe constatato un aumento maggiore di volume nel ventricolo destro, fatto confermato pure da Kraus il quale ammette però, che sebbene non si tratti ancora di uno stato morboso, pure si è sul limite della malattia.

Per formarsi un concetto delle conseguenze dello sforzo muscolare nelle condizioni patologiche, è innanzi tutto necessario lasciar in disparte il complesso sintomatico dello sforzo acuto del cuore e trasportarsi completamente su un altro terreno.

Kraus ha potuto esaminare per lungo tempo dei cuori aumentati di volume in individui nei quali la professione richiedeva un lavoro faticoso, o in individui d'ambo i sessi dediti allo sport (tennis — foot ball — ciclismo — canottaggio — corsa).

Egli ha trovato in tutti, anche quando lo sport era fatto in una età adulta, e da individui di normale costituzione, aumenti di volume del cuore, i quali superavano in proporzione lo sviluppo della musculatura scheletrica. Tali cuori non producono nessun fenomeno subbiettivo, e nessun fatto obbiettivo.

Non si tratta dunque in nessun modo di una malattia, e l'ipertrofia da lavoro, può retrocedere quando cessino le condizioni che l'hanno determinata. Quando nei vizi valvolari del cuore il muscolo cardiaco ipertrofico diventa insufficiente, anche se non esistono visibili alterazioni infiammatorie o degenerative del muscolo, l'insufficienza non dipende dall'ipertrofia come tale, ma dalle condizioni morbose, alle quali soggiace l'organismo e il sistema vascolare.

Con Baur (1870) s'intende sotto la denominazione « ipertrofia pura » quella nella quale non si rilevano alterazioni nelle valvole non solo, ma anche nessun ostacolo del circolo. Baur aggiunge che gli sforzi continuati possono provocare un'ipertrofia che si accompagna con sintomi obbiettivi e soggettivi, con un decorso analogo a quello che si sviluppa nelle lesioni valvolari e negli ostacoli alla circolazione.

Accanto all'ipertrofia del cuore da sforzo la moderna letteratura ha messo in evidenza la cardiopatia dei bevitori. Il lavoro di Baur non contiene nessuna storia clinica, nè nessuna autopsia, e le sue osservazioni mostrano solo, come possano esistere ipertrofie e dilatazioni del cuore senza lesioni valvolari.

« L'asma dei minatori » di Peacock altro non è che la conseguenza di bronchiti croniche e dell'enfisema (dilatazione del cuore e insufficienza relativa della mitrale). Kraus non possiede alcun'esperienza sulla cardiopatia dei bevitori (cuore dei bevitori di birra di Bollingen). Bost ha comunicato a Kraus le osservazioni di alcuni casi, nei quali le alterazioni del cuore, dei vasi e dei reni, erano insufficenti a spiegare l'eccessiva ipertrofia dei due ventricoli. L'esistenza in questi casi di una « pletora vera » è confermata dalla enorme dilatazione dei vasi periferici e dalla grande quantità di sangue. I portatori di tali cuori, sono in generale dei forti lavoratori corpulenti e muscolosi i quali introducono con la birra una quantità stragrande di liquido, di calorie, di alcool. Anche queste ipertrofie cardiache, non possono essere escluse da quelle che si spiegano con la teoria di Corvisart. La maggiór parte dei casi di cuori da birra, sono caratterizzati, secondo Bost, da sclerosi dei vasi e dei reni. Se lo sforzo muscolare in certi individui per la loro struttura fisica o per lo stato dei vasi può condurre alla dilatazione e all'insufficienza del cuore, ciò vale anche per certe professioni, per lo sport, e per gli strapazzi militari. Si tratta allora di adolescenti con torace stretto, con cuore piccolo, o di soggetti avanzati in età che per quanto abituati allo strapazzo, presentano una avanzata sclerosi.

Una vera e propria fatica del cuore nei militari, un vero e proprio vizio cardiaco e specialmente una vera e propria nevrosi cardiaca, non sono state constatate da Kraus. Egli non ha neppur visto in numerose autopsie nessuna ipertrofia cardiaca, idiopatica o primitiva, differente da quella osservata nella classe dei non

militari. Da questo punto di vista la vecchia letteratura non è in nessun modo dimostrativa.

I fattori più pericolosi nello sforzo corporeo, sono il cuore costituzionalmente piccolo, l'ipoplasia dell'aorta, l'incipiente arterio-sclerosi, e la sifilide dei vasi. Già Virchow aveva fatto conoscere come in certi alti gradi d'ipoplasia dell'aorta, il cuore aumenta di volume, e a questo riguardo riporta il celebre preparato della raccolta di Halle. Si trattava di un cuore che occupava tutta la metà sinistra del torace, e di un'aorta il cui diametro era la metà di quello dell'arteria polmonare.

I casi di ipoplasia dell'aorta di modico grado, si presentano molto frequentemente nella pratica civile e in quella militare; raramente questi casi vengono osservati dall'anatomo-patologo.

La malattia dà luogo a numerosi disturbi subbiettivi, è ben caratterizzata dal punto di vista clinico, ma come malattia non è mai causa di morte.

La « hypertrophie de croissance » di G. Sée è stata già riconosciuta da Huchard come una pseudo-ipertrofia. Si tratta — come Kraus ha potuto convincersi — in generale di un cuore a goccia, e l'aumento dell'itto cardiaco, può far credere ad un aumento di volume che in realtà non esiste. L'itto cardiaco particolarmente violento può moderarsi se il soggetto si sottopone ad una vita di riposo. Gli sforzi professionali, il servizio militare lo fanno nuovamente manifesto, rendendo il soggetto incapace agli sforzi corporei. L'insufficienza funzionale di questi cuori, è del resto dimostrabile colla prova della fatica.

Il servizio militare e specialmente quello di guerra, mostrano come il cuore costituzionalmente debole tende ad un aumento di volume, sebbene raramente nella stessa misura come nei vizi valvolari.

Kraus ha visto frequentemente e ha potuto seguire delle dilatazioni del ventricolo destro e del ventricolo sinistro: l'itto cardiaco e l'azione del cuore sono particolarmente violenti, i disturbi soggettivi molto accentuati, e l'insufficenza cardiaca constatabile obbiettivamente.

Tali dilatazioni si rinvengono sia in individui molto alti con un cuore a goccia manifesto, sia in individui con una corporatura normale, ma con un cuore gracile.

Un gran numero di casi che nel passato venivano considerati come casi di ipertrofia cardiaca idiopatica debbono venir oggi riportati all'arterio-sclerosi, alcuni li considerano appartenenti ad un periodo di presclerosi o di arterio-sclerosi precoce. Forse la denominazione di Weintraud, « ipertonia essenziale cronica », sarebbe da preferirsi. Questi casi sono caratterizzati dall'aumento di volume del cuore, dalla forma caratteristica del viscere e dell'aorta all'esame dei raggi X, dal timbro del 2° tono aortico, dall'elettro-cardiogramma (piccolezza del sollevamento T.), dall'insufficienza obbiettiva del circolo sanguigno, dalle estrasistoli, dai leggeri accessi anginosi e dalla dispnea.

Kraus con Eppinger ha osservato in Graz molti casi di ipertrofia cardiaca negli uomini di campagna, la cui causa non si potè determinare. Non avevano nulla a che fare col gozzo, e Albrestot che continuò le ricerche di Eppinger ha constatato che la causa si deve ricercare nella sifilide. Per quanto in questi casi la sifilide sia presente, tuttavia se si riflette che la sifilide dell'aorta generalmente non dà luogo ad una ipertrofia del cuore, quando le valvole sigmoidi non siano lese, è ben difficile comprendere come la sifilide possa dar luogo ad un aumento di volume del cuore. Bisognerebbe ammettere che l'arterite luetica dei piccoli vasi fosse in giuoco. Ma dal punto di vista anatomo-patologico, astrazion fatta dalla sifilide dei vasi cerebrali, ben poco si conosce a questo riguardo.

Il progresso nelle nostre cognizioni sulle alterazioni delle glandole endo-criniche porterà certo in futuro un contributo alla conoscenza di alcune ipertrofie idiopatiche del cuore. Non soltanto le ipertrofie cardiache degli adolescenti, ma anche le cosidette ipertrofie cardiache congenite, e quelle dei lattanti e dei bambini, riceveranno allora una spiegazione, la quale concorderà forse con la teoria dello stimolo, da Kraus accennata al principio di questo lavoro.

Importante è pure la constatazione tutta recente dell'adrenalinemia, ma l'autore non ritiene che si possa affermare che l'ipertensione d'origine arteriosclerotica o nefrogena sia dovuta all'iperfunzione delle ghiandole surrenali. Infatti in queste condizioni morbose mancano gli altri sintomi da parte del simpatico e poi non sempre è presente l'adrenalina nel sangue. Invece le cose vanno altrimenti nel morbo di Basedow. Kraus e Friedenthel hanno mostrato come nel gozzo esoftalmico si abbia un aumento dell'adrenalina nel sangue e un discreto aumento della pressione arteriosa. In un caso in cui Kraus diagnosticò una nefrite cronica, Orth trovò all'esame necroscopico un tumore della ghiandola surrenale, che conteneva adrenalina e le cui cellule erano analoghe a quelle della sostanza midollare. L'esame microscopico dei reni mostrava invece i primi stadi di una lesione arteriosclerotica.

Pure in questo capitolo trova posto il cuore che Kraus denomina cuore *tireotossico* e che si può osservare negli individui affetti da gozzo. Dal punto di vista sintomatico si nota una notevole tachicardia, un aumento di volume dell'organo e la sua azione particolarmente violenta all'esame radioscopico come nel morbo di Basedow. Una tale alterazione morbosa è direttamente subordinata a un'alterata funzione della tiroide. Alcuni autori viennesi sono dell'opinione che l'astenia del linfatismo sia una condizione necessaria nella produzione del cuore tireotossico. Kraus è invece del parere che il cuore dei linfatici è in generale distinto dal cuore tireotossico. Quest'ultimo è proprio del gozzo, poichè un intervento operativo può migliorare i distrurbi soggettivi e modificare il quadro obbiettivo.

Il cuore tireotossico è uno spiccato sintomo basedowiano e la sua patogenesi analoga a quella del cuore nel morbo di Basedow, con questa differenza che il gozzo esoftalmico è una malattia poliglandolare e che la sua sintomatologia è molto più ricca di quella del tiroidismo.

Recentissimamente dai pediatri e anche dagli anatomo-patologi è stata attirata l'attenzione sul cuore nel linfatismo. Si tratta della spiegazione patogenetica di certe cosidette ipertrofie cardiache congenite o dell'infanzia, delle quali si può dire che persistono nell'età adulta. Fahr e specialmente Ceelen hanno dimostrato la presenza di linfomi e d'infiltrazioni linfoidi nel miocardio in quello stato particolare che è conosciuto con il nome di stato timico-linfatico. Il cuore — si tratta della prima infanzia — è dilatato, e i soggetti non sopravvivono. Il linfatismo è una nota però che va al di là del periodo infantile. Nei giovanetti linfatici e negli adolescenti si constatano degli aumenti di volume del cuore i quali anatomicamente e clinicamente presentano il quadro dell'ipertrofia. Lo stesso vale per gli adulti con differente linfomatosi. Kraus conosce questo complesso sintomatico già da lungo tempo in adolescenti e in adulti i quali generalmente sono torpidi e spesso infantili. L'aumento di volume colpisce i due ventricoli. La tachicardia e il tipo d'azione del cuore non sono così pronunciati come nel cuore tireotossico, la pressione sanguigna è normale.

E Kraus, dopo quanto ha esposto, conclude dicendo che più dell'ipertrofia è interessante conoscere le cause che l'hanno prodotta. La conoscenza di queste sarà il risultato delle ricerche sperimentali e della diagnostica funzionale.

* * *

La comunicazione di Kraus ha dato luogo nella Società di medicina di Berlino a varie discussioni. Orth è del parere che anche dal punto di vista anatomo-patologico la diagnosi di ipertrofia cardiaca idiopatica debba venir accettata con molta diffidenza. Critica le osservazioni anatomiche che nel passato avevano servito di base a una tale diagnosi. Ricorda come parecchi anni fa non fosse conosciuta la patologia delle ghiandole endocriniche e riporta il caso accennato da Kraus di ipertrofia cardiaca da nefrite cronica in cui si constatò un tumore della ghiandola surrenale destra e nessuna alterazione del rene. L'esame biologico e chimico del tumore fece notare la presenza di una notevole quantità d'adrenalina, l'ipertrofia cardiaca era quindi dovuta all'iperadrenalinemia. Per quanto riguarda il cuore nel linfatismo nota come nei bambini che vengono a morte il muscolo cardiaco è invaso da linfociti numerosissimi così che le alterazioni del cuore sono in stretto rapporto con lo stato linfatico. Non si conoscono invece le cause dell'ipertrofia cardiaca negli adolescenti così detti linfatici: le rarissime autopsie non hanno permesso di fare constatazioni utili.

Benda si scusa di adoperare nella diagnosi la denominazione di ipertrofia cardiaca idiopatica. È però dello stesso parere di Kraus e di Orth, ritiene un tale aumento di volume secondario, una ipertrofia da lavoro. Adopera una tale denominazione quando non esistono le cause solite e cioè, le lesioni valvolari, l'arteriosclerosi, le malattie dei reni o del polmone. Riguardo all'influenza della sifilide delle piccole arterie sull'ipertrofia cardiaca obbietta a Kraus come sia un carattere particolare della lue celtica quello di colpire piccoli territori vascolari così chè è ben difficile ammettere che tali lesioni possano ostacolare il lavoro del cuore determinando la sua ipertrofia.

Katzenstein rammenta alcune sue ricerche su conigli e su cani dalle quali risulta che si può sperimentalmente provocare la dilatazione e l'ipertrofia del ventricolo sinistro interponendo un ostacolo sul circolo arterioso.

Czerny insiste sull'importanza diagnostica dell'ipertrofia cardiaca nello stato linfatico, diagnosi che si può fare con la percussione, meglio però con i raggi X, poichè spessissimo per non dir sempre, tali cuori non si rivelano per un'azione esagerata, anzi la loro azione è molto piccola. Facilmente non sono riconosciuti, oppure riconosciuti *in extremis*.

C. P.

CHIRURGIA.

Considerazioni su l'innesto osseo.

(.. IMBERT. *La Presse Médicale*, 1917, n. 23).

Per poter giustamente apprezzare i risultati dall'innesto osseo, al quale durante la guerra si è ricorso con molta frequenza, occorre anzitutto rilevare un equivoco assai comune: di solito non è indicato se la pseudoartrosi per la quale si intervenne era o no complicata da perdita di sostanza. Se i capi ossei sono ravvicinati, l'innesto rappresenta un mezzo di unione che può indiscutibilmente determinare la saldatura dei frammenti, il che non significa che il segmento osseo di cui si è servito il chirurgo si sia veramente innestato nei capi ossei. Se invece fra questi vi sia una perdita notevole di sostanza, di 4 o 5 centimetri almeno, allora il segmento osseo innestato non soltanto funziona quale mezzo di unione; ma deve continuare a vivere, vascolarizzarsi, saldarsi ai monconi; partecipare cioè alla formazione del callo, per modo che questo non sia il risultato del solo lavorio degli estremi fratturati; altrimenti l'innesto non è che un corpo estraneo di solidità precaria e di assimilabilità dubbia.

È ciò possibile anche supponendo riunite le condizioni più favorevoli?

Non v'ha dubbio che l'innesto osseo possa costituire, anche considerato come un semplice segmento di sostanza organica rigida, un mezzo preferibile ai sostegni metallici; come pure ripetute esperienze hanno dimostrato che, per quanto sembri *a priori* paradossale che un organo vascolare completamente distaccato dalle sue connessioni possa vivere, ciò è tuttavia innegabile.

Ma nè risultati sperimentali nè constatazioni cliniche hanno sino ad oggi dimostrato che l'innesto osseo sia capace di prendere parte attiva alla formazione del callo. Questo difatti non si spiega con le leggi che regolano l'osteogenesi normale; poichè mentre sappiamo che il massimo dell'attività osteogenetica dell'organismo si riscontra nel periodo del suo sviluppo, vediamo tuttavia che il callo si costituisce allo stesso modo non solo nella fanciullezza e nella giovinezza ma anche nella vecchiaia. È dunque certo che la frattura per sè stessa costituisce una condizione favorevole alla produzione supplementare e sovrabbondante di tessuto osseo.

Ma non per tutte le specie di frattura ciò può dirsi: se invece della frattura senza perdita di sostanza si ha discontinuità notevole, spostamento dei monconi fra le parti molli; gli estremi di frattura non solo non mostrano alcuna tendenza all'osteogenesi, ma, al contrario, diminuiscono di volume e si assottigliano. Lo stesso fenomeno si ripete sul moncone osseo di una amputazione; mentre il callo si forma al contrario prontamente quando si pratichi una osteotomia a scopo ortopedico. E se i monconi sono poco discosti, la produzione osteogenetica non si sovrappone a strati sui frammenti; ma si orienta in modo da tendere a colmare lo spazio che intercede fra di essi.

Dunque sembra che il callo per formarsi e consolidarsi richieda l'avvicinamento delle due superfici ossee di sezione; tanto da far pensare che ciascuna estremità eserciti una influenza eccitante osteogenetica su la estremità vicina, forse diretta dal sistema nervoso.

Se pertanto si considera obiettivamente la questione degli innesti ossei, nessuno dei fatti pubblicati, può fornire la dimostrazione delle formazione del callo per compartecipazione del segmento osseo adoperato. Questo potrà forse determinare per sola azione di presenza sulle superfici fratturate ed allontanate l'eccitazione necessaria a provocare la osteogenesi, potrà anche guidarla nella direzione favorevole; ma finirà con l'essere inguainato dall'osso di neoformazione: non già come un sequestro, poichè continua a vivere; ma come un frammento staccato e successivamente inglobato nel callo.

L'innesto, colmando la lacuna ossea, viene quasi a chiudere un circuito interrotto; e qualora la produzione ossea provocata sui due monconi di frattura giunga a fondersi costituirà un innegabile successo terapeutico.

L. GUIDI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il trattamento del piede da trincea.

(A. SCOTT GILLET. *The British Med. Journ.*,

Fra la numerosissima letteratura comparsa sull'argomento non ha trovato quasi mai trattati due punti, che invece, secondo la sua esperienza, basata su 1018 casi, sono di vitale importanza per un trattamento efficace.

1 *Il valore della repressione dell'iperidrosi.*

Per amor di chiarezza i casi vennero divisi per quanto fu clinicamente possibile in due classi:

a) Quelli lievi e di medio grado, caratterizzati, in maggiore o minore estensione, da anestesia, edema e formazione di flittene.

b) Quelli gravi con distruzione di tessuto e anche gangrena generalmente secca, ma talora umida.

Tenendo presenti i casi di passaggio fra l'una e l'altra categoria si può calcolare che appartenevano alla prima 850 casi. In più che 800 di questi esisteva una accentuata iperidrosi, assai fastidiosa per il paziente e che, se trascurata, disturbava considerevolmente l'esito favorevole. La maggior parte di questi casi furono visti per la prima volta in un periodo variabile da 2 a 14 giorni dopo l'attacco.

Quasi in ogni caso gli arti vengono avvolti in uno spesso strato di cotone, ricoperto da una fasciatura bene stretta che viene fissata attorno alla caviglia. Alla rimozione si trova la parte invariabilmente in sudore e spesso con cattivo odore. L'A. notò invece che in pochi casi, in cui non venne usato affatto lana, il decorso fu indubbiamente migliore e la guarigione molto più rapida. Di conseguenza consiglia quanto segue:

Trattamento locale: 1° La parte è coperta con un sottile strato di garza, se è possibile fissato in modo da costituire una specie di tenda e non adagiato sul piede. L'assenza di una fasciatura fissa attorno alla caviglia tende a ridurre la congestione.

2° La parte è lasciata esposta all'aria notte e giorno, cogliendo occasione perchè durante il giorno possa stare al sole: il valore di un bagno di sole è, secondo l'A., inestimabile.

3° Polverizzazione tre volte al giorno con qualche polvere antisettica come acido borico, iodoformio o borsal (parti uguali di acido borico e di acido salicilico): quest'ultimo si è dimostrato il più efficace perchè più attivo contro l'iperidrosi.

4° Se da questi mezzi non si ottiene successo dopo 6-7 giorni, si aggiunge una spugnatura con una soluzione debole di formalina (1 per mille) una volta al giorno: questa di solito non fallisce.

5° Il piede va tenuto sollevato e protetto dalla pressione delle coperte per mezzo di un archetto.

Trattamento medicinale. — White ha richiamato l'attenzione sul valore del lattato di calcio nell'iperidrosi e altre malattie della pelle: sembra sia un coadiuvante assai utile nel trattamento del sudore nei casi di questa specie.

L'A. ha ottenuto i migliori risultati da dosi grandi somministrate a intervalli di 4-5 giorni, piuttosto che da dosi più piccole, date più di frequente.

Fu così constatato che ponendo molta attenzione a tenere il piede secco i risultati sono eccellenti e rapidi. Apparve anche ridotto al minimo il dolore, che è un sintoma così fastidioso, rendendo in tal modo inutile e controindicato qualunque altro medicinale o mezzo analgesico.

2. *La questione dell'amputazione*.

Avendosi a fare coi casi gravi fu seguita la stessa linea di condotta in ogni particolare, con buoni risultati. Tutto il segreto del successo apparve consistere nel combattere il sudore e mantenere il piede asciutto e caldo.

Ma lo studio dei casi gravi ci pone dinnanzi al problema dell'amputazione. Quasi tutti coloro che ne hanno esperienze ammetteranno che, quando insorge la gangrena secca, non è affatto giustificata alcuna pratica per affrettare l'operazione. Tutto ciò che bisogna fare è la regolarizzazione dei monconi, dopo che si sia formata una linea di demarcazione e siano cadute le parti necrotiche. Se si fosse seguìta questa regola si sarebbero risparmiate non poche dita o arti. I soli casi in cui si deve fare una operazione immediata sono quelli in cui esiste gangrena umida (33 nelle serie dell'A.), perchè qui l'indugio metterebbe in pericolo la vita del paziente, per la concomitante tossiemia. Molti arti, con la pazienza e gli sforzi continui per mantenerli asciutti, furono salvati dall'amputazione e fu solo necessaria una regolarizzazione finale. SEB.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 giugno 1917.

Presidenza del prof. F. DURANTE.

Su proposta del prof. SANTE DE SANCTIS l'Accademia stabilisce di tenere una seduta straordinaria per discutere su *l'isterismo di guerra* e dà incarico di svolgere detto tema allo stesso proponente.

La seduta viene fissata per il 22 luglio.

Prof. LA TORRE. — Presenta un volume dal titolo: *L'utero attraverso i secoli. - Da Erofilo ai giorni nostri.* E' uno studio minuto sullo svolgersi e progredire delle conoscenze scientifiche sull'utero gravido e non gravido dalla più remota antichità ai giorni nostri. Della sua pregevole pubblicazione l'O. offre una copia alla Biblioteca dell'Accademia.

Il prof. R. CAMPANA intrattiene l'Accademia sul tema *« L'eczema, la stomatite e la enterite nei vecchi e bambini nell'uso prolungato delle fave fresche crude ».* L'O. espone minutamente le ricerche chimiche, cliniche ed istologiche compiute.

Il dott. CUZZI G. svolge una comunicazione su di un caso di corioepitelioma del canale cervicale.

Il dott. R. ROMANI riferisce su pregevoli *ricerche endocrinologiche* da lui compiute *in donne osteomalaciche.* E. GROSSI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 novembre 1917.

Comunicazioni scientifiche.

Un anno di vigilanza e propaganda igienica nelle scuole elementari.

F. NERI. — Durante l'anno scolastico 1916-917, in seguito ad accordi tra il Ministero dell'interno e quello della pubblica istruzione, si svolsero, nei maggiori Comuni della Toscana, esperimenti di propaganda igienica nelle scuole elementari sotto la direzione del comm. dott. A. Pavone, Ispettore sanitario compartimentale e del prof. A. Sclavo.

Per concessione dell'illustre direttore della Sanità pubblica, comm. dott. A. Lutrario, il prof. Neri, incaricato dell'esperimento nel Comune di Siena, pubblica ora la relazione del lavoro compiuto.

La relazione contiene una descrizione dell'ambiente scolastico senese, in cui si mettono in evidenza le deficienze di locali e d'arredamento a cui è urgente porre rimedio.

Nella seconda parte della relazione il prof. Neri rende conto del metodo, essenzialmente pratico, seguito nelle conferenze, conversazioni e ispezioni di propaganda igienica. Rileva i grandi vantaggi dell'ambiente scolastico modello, per una propaganda veramente dimostrativa, e descrive a questo proposito il funzionamento della scuola all'aperto, sorta sopra uno dei bastioni dell'antica Fortezza, con grande vantaggio della salute fisica e della educazione igienica degli scolari che la frequentano.

Il prof. Neri mette in evidenza gli ottimi frutti dati dall'esperimento.

« Il nuovo insegnamento viene accolto con simpatia dalle giovani menti, come il seme dalla terra fertile ».

« L'avidità con cui gli scolari ascoltano il nuovo insegnamento, la vivacità con cui partecipano alla conservazione sono ben promettenti ».

« Il risultato più importante di questo esperimento è di aver dimostrato luminosamente che la mente dei giovani scolari non è sorda a rispondere alla intenzione dell'educatore ».

Appunti pratici sulla fognatura domestica.

F. NERI. — Per incarico del prof. Sclavo, l'A. ha studiato il valore igienico del doppio sifone applicato allo scarico delle latrine dall'ing. Monaco e dall'ing. Necchi.

Dalle sue esperienze l'A. trae la conclusione che il 2° sifone non è capace di arrestare un corpo estraneo che dalla scarica idrica sia stato trascinato attraverso al 1° sifone.

L'A. riconosce i vantaggi del doppio sifone per assicurare, in certe condizioni, la stabilità delle chiusure idrauliche; ma non ritiene che il doppio sifone possa sostituire la ventilazione.

Riferendosi agli studi dell'ing. Fichera, l'A. propone di associare il doppio sifone Monaco-Necchi alla progressione dei diametri secondo Fichera, allo scopo di eliminare il dispendioso impianto di ventilazione dei sifoni, e di proteggere la rete stradale dalla penetrazione di corpi estranei.

L'A. traccia da questo punto di vista un programma di ricerche sperimentali, che si propone di svolgere nei nuovi impianti della fognatura di Siena.

I.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La paralisi del faciale superiore nell'emiplegia cerebrale.

Damany (*La Presse Méd.*, n. 1, 1917), osserva che la paralisi del faciale superiore permette di dividere le emiplegie di origine cerebrale in tre categorie:

1° In alcune rare il faciale superiore è paralizzato nello stesso grado del faciale inferiore e degli arti;

2° In altre, assai più numerose, il faciale superiore è la sede di una paresi abbastanza netta e durevole perchè possa passare inosservata;

3° In altre infine il faciale superiore sembra assolutamente immune.

La integrità relativa od assoluta del faciale superiore nelle paralisi di origine cerebrale è stata differentemente spiegata. Secondo alcuni è dovuta al fatto che il centro di origine di ciascun faciale superiore ha un'azione bilaterale e può supplire alla distruzione del centro omonimo del lato opposto. Secondo altri dipende dal fatto che il centro d'origine del faciale superiore è distinto da quello del faciale inferiore e dal fatto che le fibre del primo passano nell'ansa lenticolare, mentre quelle del secondo seguono la capsula interna. Questa seconda opinine sembra la più accettabile.

L'integrità del faciale superiore nell'emiplegia cerebrale era ammessa un tempo senza restrizione. Secondo autori più recenti una paresi del faciale superiore esiste nell'emiplegia di origine cerebrale. D'altra parte la confusione tra la paralisi faciale di origine centrale e quella di origine periferica si deve tuttavia ritenere impossibile.

La differenza tra la paresi lieve del faciale superiore e la notevole, completa del faciale inferiore non sarebbe che una manifestazione della legge del Broadbent e dello Charcot, secondo la quale nell'emiplegia i muscoli dei movimenti associati sono colpiti ad un grado molto minore dei muscoli a movimenti asinergici. I muscoli innervati dal faciale superiore sono difatti muscoli a movimenti asinergici.

La paresi del frontale si traduce con una minore rugosità dei tegumenti nella metà corrispondente della fronte, colla differenza di livello delle due sopracciglia sia nel riposo, sia durante l'azione.

La paresi dell'orbicolare si riconosce dal fatto che i due occhi sono di grandezza ineguale (quello dal lato paralizzato ora è più grande, ora più piccolo): inoltre la chiusura isolata dell'occhio dal lato paralizzato è impossibile; esso si chiude con minore energia e resiste di meno la chiusura alle dita, che tendono a divaricare le palpebre.

Clinicamente tuttavia i sintomi della paralisi del faciale superiore sono talvolta così lievi da far rimanere dubbiosi. In questi malati il focolaio d'emorragia cerebrale ha lasciato completamente o quasi immuni le fibre, che dalla corteccia cerebrale vanno al nucleo bulbare del faciale e sono destinate alla innervazione della regione faciale superiore.

Frequentemente questa paresi è passeggera; essa scompare, mentre persiste l'emiplegia che l'accompagna. In questi casi si deve ammettere una compressione delle fibre del faciale superiore a mezzo del focolaio di emorragia cerebrale.

In alcuni rari individui colpiti da emorragia cerebrale la paralisi del faciale superiore può essere completa.

In questi casi è distrutto od il focolaio di origine del faciale superiore, od i fasci di fibre che ne emanano.

L'ipotesi che meglio spiega la integrità relativa del faciale superiore nelle emiplegie è quella che tende a separare il faciale superiore dal faciale inferiore, dalla corteccia cerebrale fino ai muscoli bulbari. Secondo questa teoria le fibre destinate al faciale inferiore seguono la capsula interna, come quelle che forniscono la loro innervazione agli arti, mentre quelle del faciale superiore passano più all'esterno, nell'ansa lenticolare, attraversano il nucleo lenticolare e vanno ad una zona della corteccia cerebrale distinta da quella che innerva il faciale inferiore.

La migliore spiegazione quindi che si può dare della paralisi del faciale superiore nell'emiplegia è quella che la riferisce ad una lesione dell'ansa lenticolare; a conferma di questa ipotesi l'A. riferisce una sua osservazione clinica.

P. C.

Contributo allo studio delle contratture isteriche generali.

Nella neurosi isterica assumono spesso notevole importanza le contratture e gli spasmi, che però hanno generalmente una localizzazione non molto estesa. Il prof. P. Ciuffini (*Giorn. di medicina militare*, 31 dicembre 1916) ha tenuto in osservazione un caso eccezionale in cui la contrattura era diffusa a tutta la muscolatura del corpo, ed inoltre si avevano degli spasmi

clonici in tutta la metà destra ed, in grado assai minore, anche nella sinistra, spasmi che imprimevano al caso un carattere affatto speciale. Difatto rarissima è la contrattura isterica generalizzata, eccezionale lo spasmo esteso a tutta una metà del corpo; l'unione poi di questi due fenomeni costituisce la peculiare importanza del caso.

Trattavasi di un soldato di 32 anni (di professione commerciante), senza precedenti ereditari morbosi, tranne un figlio morto di meningite tubercolare. A distanza di un anno da un forte trauma nella regione parietale sinistra, si svolse una classica sindrome isterica, di cui la principale manifestazione era costituita, in quel tempo, dagli attacchi classici della grande isteria. Circa cinque anni dopo, il malato ha cominciato ad avere scosse cloniche dei muscoli innervati dal facciale destro; in seguito gli spasmi si sono diffusi agli arti, specialmente a quelli di destra. Nel tempo stesso, un certo grado di contrattura invadeva tutta la muscolatura del corpo. Non esistevano disturbi degli sfinteri rettali e vescicali, nè, forse, della sensibilità obbiettiva e dei sensi specifici, per quanto le condizioni stesse dell'infermo abbiano reso difficili tali esami e quindi incerti i risultati. Nel sonno taceva tutta la sintomatologia in atto.

L'A. discute quindi le tre possibilità diagnostiche, che si affacciavano alla considerazione, e cioè la simulazione, una lesione organica cerebrale, e l'isteria.

La simulazione (a cui si poteva supporre che ricorresse l'individuo per sottrarsi agli obblighi militari) è stata eliminata con i dati anamnestici e con un'osservazione diligente, protratta ed insospettata dal paziente.

Al concetto della lesione organica cerebrale si opponevano molti fatti, quali la tardività dell'insorgenza dopo il traumatismo, e la ricchezza della sintomatologia clinica pur compatibile con uno stato quasi perfetto delle condizioni cliniche e discreto di salute generale.

Per l'isteria deponevano invece la psiche, gli attacchi convulsivi della grande isteria, il traumatismo, la successione dei fenomeni clinici, la completa risoluzione degli spasmi e contratture durante il sonno, l'integrità degli sfinteri.

Dalla letteratura, che l'A. passa in rivista, risulta che questo è il primo caso in cui ad uno stato di contrattura generalizzata, si è associata la manifestazione di spasmi clonici.

Queste sindromi morbose non presentano generalmente sintomi di senso, che sono dunque da considerarsi indipendenti della maggiore o minore estensione dei sintomi morbosi. Il sesso sembra avere poca influenza sullo sviluppo e sulla gravità; si tratta poi in generale di individui abbastanza giovani, cioè di un'età in cui suole più specialmente manifestarsi la neurosi isterica.

Le varie cure applicate all'infermo diedero risultati pressochè nulli e del resto la difficoltà di trattamento si può desumere dagli stessi casi clinici riferiti dall'A., nei quali solo due volte si parla di guarigione (in una donna con la castrazione, in un altro con la cura suggestiva). FIL.

La sensibilità del tendine di Achille e del punto medio-plantare nella sciatica.

Rimbaud e Revault (*Marseille médicale*, 1917, n. 15), affermano che la sensibilità del tendine di Achille ha molta importanza per la diagnosi delle lesioni dello sciatico.

Nella interruzione totale o parziale di questo nervo o di una sua branca se si stringe fra due dita il tendine di Achille non si ha alcun dolore, esiste cioè ipoalgesia o analgesia, nella sciatica si ha invece iperalgesia. Questo «segno achilleo» delle affezioni sciatiche è notevole per la sua costanza e la sua delicatezza. Anche quando i punti di Valleix, il segno di Lasègue, di Bonnet ed altri mancano, l'esame della sensazione achillea costituisce un sussidio prezioso per la diagnosi.

Sicard e Roser nello stesso giornale fondandosi sui dati ottenuti da Rimbaud e Revault con l'esame della sensibilità del tendine d'Achille, fanno presente che nella sciatica tutta la sensibilità tendinea dell'arto è alterata.

Alla pianta del piede e precisamente alla base dei metatarsi c'è un punto medio plantare, nel quale la pressione digitale può saggiare l'insieme delle sensibilità profonde: sensibilità tendinea (tendini dei flessori delle dita e dei pernieri), sensibilità muscolare (fibre muscolari mediane delle masse plantari esterne ed interne), ed infine sensibiltà ossea (base dei metatarsi).

La sensibilità di questo punto è abolita nelle lesioni totali o parziali dello sciatico e dello sciatico popliteo esterno, è nettamente esagerata nella sciatica sia di origine reumatica che traumatica DR.

TERAPIA.

Azione emostatica degli zuccheri direttamente applicati sulle ferite.

C. Barba Morrihy (*Arch. di Farmac. sper. e Scienze affini*, fasc. V, 1917), ritiene che gli zuccheri comunemente usati in medicina, sia per uso interno che esterno, sono il saccarosio, il glucosio, il lattosio. Per uso esterno si può

usare indifferentemente tanto il saccarosio, quanto il glucosio; essi hanno le stesse proprietà, però il glucosio, sotto forma di polvere impalpabile, è di più facile penetrazione. Nello zucchero di canna del commercio non si trovano, o quasi, germi patogeni, ma soltanto pochi saprofiti. Esso in soluzione acquosa, debole o forte, nonchè in polvere, è bene tollerato, se applicato sulle ferite. Il materiale di medicatura delle ferite trattate con gli zuccheri, acquista dopo 8-10 giorni un odore speciale, che ricorda quello della fermentazione alcoolica dell'uva. Nel tempo istesso si ha deodorazione della secrezione delle ferite e delle piaghe, e una azione antiputrefattiva ed antisettica. Quanto alla prima essa fu, tra gli altri, posta in evidenza da Fischer, il quale riuscì a non far putrefare, per un tempo più o meno lungo, vari liquidi putrefattibili, addizionandoli con il 25 % del loro peso di zucchero. Del pari lo stesso Fischer, mescolando ai mezzi nutritivi dello zucchero, vide ostacolato lo sviluppo del piocianeo, dello stafilococco e dello streptococco. Gli zuccheri eccitano inoltre la formazione delle granulazioni delle ferite, esse crescono rigogliosamente, e, se toccate, non sanguinano. Secondo alcuni essi avrebbero anche azione benefica sulla formazione e sull'accrescimento del tessuto connettivo.

Nell'uomo fu costatata vasocostrizione nel focolaio della ferita in seguito a medicatura con saccarosio al 100 %.

Volendo medicare una ferita sanguinante con la soluzione forte di zucchero, o con questo in sostanza, bisogna prima allontanare i corpi estranei ed i coaguli di sangue e poi applicare un tampone di garza imbevuto della soluzione, la quale, come si disse, possiede anche qualità di eccellente antisettico.

Quindi, allorchè si applichi su di una ferita un tampone di garza imbevuto con una forte soluzione di zucchero, si ha l'emostasi, la diluizione della sostanza nella secrezione della ferita e la disinfezione.

Applicando la polvere di zucchero su di una piaga secernente, o su di una ferita recente con perdita di sostanza o meno, essa si scioglierà nei liquidi organici (linfa e sangue) e produrrà vasocostrizione appena verrà in contatto con le pareti dei vasi feriti. La vasocostrizione è però possibile solo nei vasi di una certa grandezza, in quelli cioè con fibrocellule muscolari nella media (sanguigni e linfatici): tale azione vosocostrittiva fu anche notata con l'introduzione degli zuccheri in circolo. Questi restano però inerti dove mancano le fibre muscolari (diploe, dura madre, pia madre, vene encefaliche).

Ci si può domandare se essi agiscano sulla sostanza propria della cellula muscolare liscia, o sulle estremità dei nervi simpatici vasali. Usando il metodo della circolazione artificiale su organi staccati dal corpo dell'animale, sembra dimostrato che gli zuccheri agiscano direttamente sulle fibrocellule muscolari della media.

P. C.

Sul trattamento del decubito.

W. Browning (*Medical Record*, 13. ott. 1917), dà in proposito alcuni consigli pratici, allo scopo di prevenire e curare questa noiosa e grave complicazione, specialmente nella pratica ospedaliera.

È indispensabile avere un personale bene addestrato, e possibilmente, nell'ospedale un ripartó per gli individui con decubito. Si dovrà curare un'estrema pulizia, tanto più che spesso vi è in questi ammalati, incontinenza di feci e di urine; ogni scarica deve venire prontamente allontanata.

Le parti della cute su cui appoggia il corpo devono subire spesso un congruo periodo di riposo; in certi casi bisognerebbe cambiare la posizione del malato ogni mezz'ora, ed anche più spesso, quando si sia in presenza di cute infiltrata o livida. Ciò si ottiene voltando il paziente ora su un fianco, ora su un altro, ora facendolo stare brevemente in posizione supina o prona, oppure anche seduto se le condizioni generali lo permettono.

In qualche caso possono essere giovevoli dei letti ad aria o ad acqua, tenendo però conto della possibilità che provochino brividi, ciò che, d'inverno può evitarsi, usando acqua calda.

Come trattamento locale preventivo è consigliabile quello di Weir-Mitchell con applicazioni alternate di freddo e di caldo.

Quando però si è in presenza dello stadio ulcerativo, suppurativo, gangrenoso, è d'uopo ricorrere ad altre pratiche: vi è bisogno di una sostanza che disinfetti, deodori, arresti la secrezione. Sublimato corrosivo e fenolo sono da scartarsi subito; adattatissima invece è la formaldeide, in soluzione contenente l'1 % della formalina commerciale.

Si deterga prima la piaga e tutte le sue ramificazioni, con acqua calda; poi si tratti con la soluzione di formalina, per mezzo di batuffoli di cotone bene intrisi. Sulla ferita poi si può spolverizzare durante gli intervalli, il sottojoduro di bismuto, in quantità sufficiente da costituire uno strato assorbente ed antisettico. Questa medicatura deve essere ripetuta almeno 2-3 volte ogni 24 ore.

Gli effetti variano secondo le condizioni generali del paziente, però anche in casi quasi disperati, si può ottenere qualche miglioramento, sebbene con maggior lentezza.

I. P.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul potere uricolitico delle glandole a secrezione interna.

Esistevano finora numerose ricerche sulla presenza del fermento uricolitico in alcuni organi di animali e specialmente nel fegato; ma non si era pensato ancora di farne la ricerca nelle glandole a secrezione interna, mentre è noto che a queste spetta un compito di primissimo ordine nel regolare i processi metabolici della materia nell'organismo animale.

Questa lacuna hanno voluto colmare con minute e opportune ricerche D'Amato e de Nunno (*Pathologica*, 1 agosto 1917).

Seguendo la tecnica indicata da Schittenhelm, essi hanno ricercato il fermento uricolitico nel fegato, nel pancreas, nella tiroide, nelle capsule surrenali, nell'ipofisi, nell'ovaia e nei testicoli del cane, ed hanno visto che tutte queste glandole presentano la proprietà di distruggere l'acido urico. Non solo; ma gli Autori credono di potere aggiungere che l'uricasi contenuta nelle glandole a secrezione interna sia proporzionatamente più attiva di quella contenuta nel fegato dell'istesso animale. Infatti dall'esame diligente delle loro ricerche si può rilevare che piccolissime quantità di glandole endocrine hanno la proprietà di distruggere, a parità di condizioni, più acido urico di quello che non ne distruggano quantità molto più rilevanti di fegato, che pure era ritenuto finora l'organo dotato di maggior potere uricolitico.

Assodato questo primo fatto interessante, gli Autori si sono proposti di vedere se facendo agire assieme contemporaneamente gli estratti di due organi sull'acido urico, venisse a rafforzarsi o a indebolirsi il potere uricolitico degli organi adoperati. Orbene, mettendo assieme alcuni organi, come il pancreas e il testicolo, il fegato e le capsule surrenali, il pancreas e l'ipofisi, il fegato e l'ovaia, l'ipofisi e le capsule surrenali, gli Autori con rigorose ricerche di controllo hanno visto che la miscela di questi organi distrugge meno acido urico di quello che non ne distrugge contemporaneamente ciascuno dei due organi associati, o per lo meno uno di essi.

Ma — e questo è anche più importante — tale fenomeno non si produce nell'istessa misura con tutte le miscele indistintamente.

Così, a mo' d'esempio, se si fanno agire contemporaneamente il fegato e la tiroide, la tiroide e il pancreas, il fegato e il pancreas, il fegato e l'ipofisi, la tiroide e l'ovaia, la tiroide e le capsule surrenali, ed anche se si fanno agire tre di questi organi, si osserva che la quantità d'acido urico distrutta dalla miscela degli organi è superiore più o meno a quella distrutta da ciascun organo singolarmente preso, ma è costantemente inferiore alla somma dell'acido urico distrutto dai singoli organi presi separatamente e messi nelle identiche condizioni di esperimento.

Scaturisce da queste ricerche che non tutte le miscele di organi hanno le stesse proprietà di fronte al fenomeno dell'uricolisi: ciò vuol dire che nel determinare l'abbassamento dell'uricolisi devono intervenire fattori biologici che non sono eguali per tutti gli organi studiati.

Allo scopo d'indagare meglio la natura di questi fattori biologici, gli Autori hanno pensato di ripetere le osservazioni sulle stesse miscele di organi, ma dopo aver sottoposto uno di essi ad una ebollizione prolungata.

La ebollizione annulla il potere enzimatico dell'uricasi, come di altri fermenti; ed infatti in queste ricerche si è visto che l'acido urico distrutto dalla miscela corrisponde quasi esattamente a quello distrutto separatamente dall'organo non sottoposto all'ebollizione. Dalla miscela di alcuni organi si generano dunque condizioni biologiche che diminuiscono la distruzione dell'acido urico, mentre la ebollizione di uno di essi impedisce che tali condizioni si producano.

Gli Autori concludono che queste ricerche meriterebbero di essere continuate e sviluppate, perchè potrebbero forse additare nuove vie ed aprire nuovi orizzonti alla fisiopatologia della diatesi urica e della gotta.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(906) *Cura della dissenteria amebica.* — Al dott. G. M. (abb. 8119) e dott. D. T. (abb. 8340):

Le preparazioni a base di emetina rappresentano ora il trattamento di scelta della dissenteria amebica, ciò che è ben lungi dal significare che esse debbano essere sempre efficaci. Occorre poi tener presente la tossicità dell'emetina, che può determinare disturbi diversi, circolatorî (ipotensione ed indebolimento delle contrazioni cardiache), respiratorî (espettorazione mucosa, crisi spastiche inspiratorie), nervosi, urinarî (oliguria ed altri turbamenti della funzione renale). Siccome poi l'emetina ha anche azione cumulativa, occorrerà non solo non oltrepassare quattro centigrammi nelle singole dosi (Chauffard consiglia di arrivare anche a gr. 0.08-0.12 al giorno, in due volte), ma tener presente che la dose massima totale deve considerarsi quella di un grammo; dosi maggiori sono pericolose, specialmente in individui debilitati.

Nei casi ribelli, viene consigliato di ricorrere alla radice di ipecacquana, la quale contiene oltre all'emetina, la cefelina, che avrebbe maggior azione sulle cisti.

Viene anche vantato lo joduro doppio di emetina e bismuto, a dosi di sei cg. tre volte al giorno.

Anche il salvarsan e neo-salvarsan hanno i loro sostenitori. Nei casi acuti però il 20 % rimane portatore di cisti *anche dopo la cura;* nei cronici, la proporzione raggiunge il 50 %.

Si può esercitare un'azione topica con clisteri di nitrato d'argento (10 %), di permanganato di potassio (0.2 %).

Carnot e Turquèty avrebbero ottenuto buoni risultati con i clisteri gazosi di ozono, che si fanno applicando ad un sacco d'ossigeno una soffieria da termocauterio, ricacciando l'ossigeno a traverso un ozonatore ed iniettandolo nell'intestino.

Le preparazioni di emetina si trovano presso i grandi stabilimenti farmaceutici, p. es. Zambelletti; hanno un prezzo piuttosto elevato.

A. FILIPPINI.

(907) *Tinture per capelli.* — Al dott. F. D. da C. M.:

Le sostanze coloranti vegetali (malli di noce fresca, l'henna che si ottiene dalle foglie della *lawsonia inermis*) sono consigliabili per la loro innocuità, per quanto di uso meno pratico che non le tinture a base di acido pirogallico, di sali solubili di ferro, permanganato di potassio, sali di rame, di cadmio, nitrato di argento, acqua ossigenata, ecc.

Si consulti DRUETTI: *L'arte dei cosmetici in rapporto coll'Igiene.* Soc. Dante Alighieri, Roma, pag. 107 e segg.

V. MONTESANO.

(908) All'abbonato 6318, che chiede gli venga suggerito un *Manuale pratico di odontoiatria, completo, ma non voluminoso*:

Crediamo che corrisponda a queste condizioni il volume: CHIAVARO, *Elementi di odontoiatria e prostesi dentaria*, in vendita presso E. Rampichini, via Veneto 51, Roma.

Se avesse già il detto manuale, potrebbe acquistare i tre volumi del PREISWERK: *Odontoiatria e malattie della bocca; Odontoiatria conservativa; Odontotecnica*, nella traduzione italiana edita dalla Società Editrice Libraria di Milano.

A. C.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

RUBINO prof. ALFREDO. *Formulario terapeutico: manuale di terapia clinica.* VI edizione. Un vol. in-16° rilegato di oltre 900 pag. Franc. Valardi, editore. - Prezzo L. 20.

La diffusione di questo libro, confermata dal rapido succedersi di numerose edizioni, dimostra che risponde realmente alle richieste dei pratici. Ed esso è di fatto un prezioso aiuto per il medico, che, pure avendo buone e fondate cognizioni di patologia e farmacologia, deve ogni tanto riscontrare un'indicazione, che gli permetta di applicare praticamente le cognizioni scientifiche.

Col progredire della scienza, anche questo libro si è venuto modificando in armonia con le nuove scoperte; nell'edizione attuale molti capitoli sono stati profondamente rimaneggiati, o fatti *ex novo*, sicchè si può giustamente ritenere che le sue indicazioni rispondano ai concetti della moderna terapia.

Nonostante l'abbondanza delle pagine, il libro, per la finezza della carta e la rilegatura flessibile, è comodamente maneggevole.

INDEX.

International Clinics (Cliniche internazionali). Periodico trimestrale di letture cliniche e di lavori originali. Un volume in-8° rilegato di oltre 300 pag. con molte figure e tavole fuori testo. J. B. Lippincott ed., Londra e Filadelfia.

Questo volume rappresenta il terzo trimestre del 1917, e contiene numerosi ed interessanti lavori originali e lezioni cliniche sui soggetti più svariati di dermatologia, clinica medica, chirurgica, ecc. Citiamo tra i più importanti argomenti trattati: l'emorragia endocranica, il valore clinico della pressione arteriosa, il tetano nella guerra del 1914, la chirurgia ricostruttrice degli arti.

I. P.

VARIA.

Contro le specialità farmaceutiche ciarlatanesche.

Abbiamo già prospettati altre volte i pericoli che il commercio sfrenato delle specialità farmaceutiche ciarlatanesche comporta per il pubblico profano ed abbiamo rilevata la necessità di infrenarlo e, più che altro, di disciplinarne la *réclame*.

Riportiamo dal giornale *L'Idea* due trafiletti che illustrano le stesse idee, le quali evidentemente vanno facendosi strada fuori della stampa medica:

Ai Medici italiani.

Poichè parliamo nel loro interesse, è ai medici di tutta Italia che noi ci rivolgiamo, con sicura fede d'essere ascoltati ed aiutati nell'opera grande che abbiamo intrapresa.

Il Corpo Medico Italiano studî con noi il modo d'ottenere dai Pubblici poteri, che sia severamente e seriamente sorvegliata e regolamentata la pubblicità di certe specialità nei giornali e delle riviste che vanno per le mani del pubblico e nelle famiglie.

Si facciano delle leggi, si organizzino Congressi per premunire il pubblico contro la frode.

Molti annunzi — più o meno ciarlataneschi — a parte il pregiudizio che causano al Corpo Medico, fanno alla salute pubblica più danno di una epidemia.

L'ammalato che si cura con la 3ª o la 4ª pagina di un giornale, nove volte su dieci è indegnamente ingannato. Il più triste è che mentre non ricava alcun profitto dalla sua droga, il male può aggravarsi e allorchè il medico verrà finalmente chiamato, sarà forse troppo tardi per scongiurare un pericolo che dapprima non esisteva, e che può essere stato provocato dalla droga intempestiva.

Mettendosi al disopra del punto di vista materiale e commerciale, c'è più che l'inganno sulla qualità o virtù della merce venduta; c'è anche più di un abuso di fiducia. Generalmente, tale pubblicità si rivolge ad un pubblico speciale, essenzialmente benevolo. Si sfrutta bassamente l'inconcepibile credulità degli ammalati scusata tuttavia da una miseria psicologica speciale, unita ad una sofferenza intollerabile ed incurabile.

Vi sono anche degli annunzi, che voi, Signori Medici, conoscete bene, la cui immoralità è tale, che si è sorpresi come i loro autori non siano deferiti all'autorità.

Non è il caso di elencare qui tutti i torti che questo fa alla vostra alta professione.

Il giornale che voi leggete ogni giorno — qualunque esso sia — fa esercizio illegale della medicina. E' inutile dire che non si possa far nulla e che si perde tempo. Se voi lo volete — si arriverà — ma bisogna volere e volere seriamente.

Direte che è temerità inutile intraprendere una lotta simile. E' un errore. Coalizzatevi. Esponete nelle nostre colonne saviamente le vostre rivendicazioni, presentate energicamente la difesa degli interessi e della salute degli ammalati.

La causa è buona. Sappiamo sostenerla!

Non riusciremo subito. Ma certamente una selezione verrà subito e poi — una volta lanciato — il movimento andrà da sè per forza di cosa.

* * *

Agli ammalati d'Italia.

Prima di tutto il nostro augurio.

Ammalati, voi dovete secondare l'opera del vostro medico, rifiutando energicamente i rimedî dei truffatori.

V'è tutta una schiera di ladri e manutengoli che vive su di voi, che specula sui vostri mali, che aumenta il vostro male stesso. E sono coloro che vogliono guarirvi infallibilmente di ogni malanno.

Coloro che vi offrono dalle quarte pagine dei giornali gli specifici più mirabolanti, i rimedî più sicuri, i ritrovati più generosi, sono ladri!

Coloro che vi offrono di correggere le imperfezioni, di sviluppare le deficienze, di rassodare le forze, di abolire le debolezze, di purificare il sangue, di risparmiarvi le operazioni dolorose, di rendervi sani, validi e giovani col magnetismo o le pompe o gli unguenti segreti, o altre porcherie che sono più dannose dei microbi colerogeni e che uccidono in un anno più persone di quanto non uccida la guerra, sono ladri!

Ammalati, liberatevi dei vostri sciacalli, denunziate i parassiti del vostro male, pensate che spessissimo sono i loro farmachi, i loro specifici quelli che vi hanno fatto ammalare!

Ammalati, allontanate da voi questi fabbricanti della morte, e chiamate il medico, rivolgetevi al medico, non abbiate fiducia che nel medico il quale vi avrà visitati!

Ammalati, voi avete il diritto di gridare che non vi si truffi, non vi si assassini, non si speculi su voi profittando delle vostre infermità, del vostro stato di preoccupazione, della vostra speranza di guarir presto.

Voi dovete trovare l'energia della ribellione nel vostro stesso male, dovete denunziare i delinquenti che vi danneggiano, dovete unirvi in un'opera che provvedendo alla vostra salute, ritempri contemporaneamente la salute di tutta la nazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Per il corpo sanitario militare. — L'on. Sanarelli ha interrogato il Ministro della guerra «per sapere se, dopo i sacrifici nobilmente sopportati e le gloriose perdite subite dal corpo sanitario militare, non reputi ingiusta la equiparazione di esso ai corpi non combattenti, e se, anche allo scopo di ridurne il disagio morale e materiale — risentito in specie dagli ufficiali medici di complemento, la maggior parte dei quali non può oggi conseguire più di una promozione — non s'imponga il dovere di assimilare tutti i medici militari, anche agli effetti degli avanzamenti e delle pensioni, agli ufficiali delle armi combattenti».

Assegnazione del grado di primo capitano. — L'on. Sanarelli ha rivolto al Ministro della guerra un'interrogazione «per sapere se non sarebbe opportuno e rispondente a criteri di equità, tenuto anche conto dell'anzianità e dell'ufficio di capo-servizio generalmente rivestito, l'accordare la qualifica di *primo capitano,* ai capitani medici provenienti, come volontari, dai medici civili, che abbiano compiuti 25 anni di laurea e almeno due anni di ininterotto servizio come ufficiali medici di complemento».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7088) *Indennità caro-viveri.* — Dott. B. A. da B. — Percependo Ella lo stipendio complessivo di lire 1400 ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181.

Per impiegato si intende colui che presta servizio ad una pubblica amministrazione mediante compenso (stipendio). Non sappiamo pertanto spiegare l'eccezione che muove il Comune facendo differenza fra stipendiato ed impiegato: l'una qualifica vale, in generale, l'altra ed entrambe danno diritto alla indennità stabilita col precitato Decreto.

Ne faccia regolare domanda alla Amministrazione comunale ed in caso di risposta negativa, adisca l'autorità giudiziaria competente non senza aver prima sperimentata, qualora lo creda conveniente, la via amministrativa, proponendo reclamo al Prefetto contro il provvedimento negativo del Comune.

L'indennità che Le spetta è di lire 30 mensili. Essa decorre dal 1º luglio 1917 e durerà per la durata della guerra.

(7090) *Pagamento stipendii - Caro-viveri.* — Dott. S. P. da S. M. — Esiste la legge che obbliga gli esattori a pagare gli stipendii dei medici condotti quando anche non abbiano in cassa fondi appartenenti all'ente debitore. Tale legge, però, con il successivo D. L. 4 gennaio ultimo, n. 129, fu modificata nel senso di subordinare il pagamento alla condizione che le anticipazioni fatte e quelle che si chiedono non superino complessivamente l'importo totale dei proventi comunali riscossi e da riscuotere entro lo stesso anno solare in base ai ruoli già consegnati. Se l'esattore si trova in tale condizione, il suo rifiuto è giustificato ma deve dichiararlo espressamente a tergo del relativo mandato. Se non si trova in tale condizione o si rifiuti a fare la dichiarazione suddetta, Ella può ricorrere al Prefetto della Provincia perchè provveda in conformità di legge.

La mancanza di apposito fondo stanziato in bilancio, non esime il Comune dal pagare l'indennità caro-viveri al medico condotto, essendo tal pagamento obbligatorio ai sensi del D. L. 26 luglio p. p., n. 1181. Si deve stanziare nuovo articolo nel bilancio del volgente esercizio formandolo con i fondi che si possono detrarre da prevedibili economie. Non occorre far domanda per avere la indennità. Essa deve essere concessa di ufficio dalle Amministrazioni municipali. Dai Comuni consorziati è pagata una sola indennità caro-viveri, in quote proporzionali allo stipendio che ognuno di essi paga al medico condotto.

(7091) *Indennità per ufficiale sanitario - Medico avvicendato - Ospedale.* — Dott. P. C. da V. — Il medico militare che, come avvicendato, fa il servizio di condotta, ha diritto a percepire, oltre lo stipendio che viene dalla amministrazione militare, anche l'indennità fissata in bilancio per l'ufficiale sanitario ed il compenso stabilito per la cura degli infermi ricoverati nel locale ospedale consorziale. Ciò si deduce dalla Circolare del Ministero della Guerra e del Ministro dell'interno in data 10 settembre 1917, n. 20400-1-722.

(7093) *Infortunio.* — Dott. L. M. da P. — L'infortunio occorsole, per quanto dispiacevole, non Le dà il diritto di chiedere indennizzo nè dal Comune nè dall'autorità che La invitò a far la visita a tarda ora. Non dal Comune, perchè esso avendo posto nel luogo pericoloso la tabella indicante *transito pericoloso* ha compiuto il proprio dovere e va esente da colpa; non dall'autorità che richiese la visita perchè non è colpa di essa se il medico, adempiuto il proprio dovere, ritornando a casa e non tenendo presente l'avviso municipale, nè altrimenti ricordandosi della difficoltà della strada, cade nel sottostante terreno. A stretto rigore il medico interino non avrebbe diritto alla supplenza gratuita in caso di infermità, giacchè tutte le disposizioni della legge sanitaria suppongono il medico condotto regolarmente nominato in base a concorso; ma, dato il caso doloroso ed accidentale che Le è occorso in dipendenza dello adempimento dei suoi doveri professionali, si potrebbe concederla in linea eccezionale. Sarebbe consigliabile che Ella facesse all'uopo regolare domanda al R. Commissario e ne interessasse anche il medico provinciale ed, occorrendo, il Consiglio dell'Ordine, perchè, in caso di rifiuto da parte del Comune, ognuno interponesse i propri autorevoli ufficii per un provvedimento informato ad equità.

(7094) *Constatazione di decesso.* — Dott. F. S. da N. — Se il sanitario che si reca in campagna a

constatare il decesso di un forestiero non è medico necroscopo stipendiato dal Comune, deve farsi pagare le spese di trasporto oltre l'importo di una visita fatta in condizioni eccezionali secondo le consuetudini locali e tutto ciò a spesa del Municipio, che ha per regolamento l'obbligo della constatazione dei decessi. Se il sanitario è, invece, stipendiato come necroscopo deve farsi corrispondere dal Comune il rimborso delle spese di trasporto e niente altro.

(7095) *Cura medica a profughi.* — Dott. V. M. da C. — Per ottenere il pagamento delle visite che Ella ha prestato e presta tuttora ai profughi costà ricoverati, deve rivolgersi alla Prefettura od alla Commissione che si occupa della amministrazione di essi.

(7096) *Caro-viveri - Decorrenza.* — Dott. abbonato 131. — L'indennità per il caro-viveri deve essere corrisposta agli impiegati e salariati comunali dal 1° luglio 1917, giusta quanto è tassativamente disposto dall'articolo 1° del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7097) *Indennità caro-viveri.* — Dott. U. M. da A. — Non abbiamo nulla da aggiungere o da modificare alle risposte già da noi date circa la concessione della indennità caro-viveri.

(7098) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. C. da G. — Il capoverso 2° del D. L. 26 luglio 1917, n. 1181, dispone che quando il sanitario presta servizio presso diversi enti pubblici locali, gli è corrisposta un'unica indennità caro-viveri da ripartirsi a carico di ciascuno degli enti pubblici obbligati, proporzionalmente allo stipendio rispettivamente dovuto. Ella, quindi, ha diritto alla predetta indennità dai Comuni di G. e di F. nella misura di sopra indicata. Ne faccia formale domanda ai rispettivi Consigli comunali ed in caso di rifiuto, può adire l'autorità giudiziaria trattandosi, nel caso, non di un semplice interesse ma di un diritto violato.

(7099) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. R. da C. — Agli impiegati comunali con stipendio di lire 2500 compete, a decorrere dal 1° luglio 1917, l'indennità caro-viveri di lire 24 mensili. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al dott. G. M. da A.:

Dall'inizio della guerra sono stati fatti, fino a tutt'oggi, due scambi di medici prigionieri. Le pratiche per tali scambi, che sono sempre collettivi, e pei quali vien data la preferenza a quelli catturati da maggior tempo, non sono mai personali, e vengono fatti per mezzo della Croce Rossa svizzera.

All'abb. n. 4724:

Appena il collega sia stato dichiarato idoneo potrà far subito la domanda al Ministero (da presentarsi alla rispettiva Direzione di Sanità) per la nomina al grado di ufficiale, allegando i titoli.

Non è possibile però garantirgli che la nomina venga fatta così rapidamente da risparmiargli dal prestar qualche giorno di servizio come soldato.

Al dott. S. P. da V.:

Tutti gli esoneri sono revocati e quindi il collega dovrà, per conservare il suo, venir nuovamente proposto dall'Autorità interessata. Se richiamato a prestar servizio, fino a che non abbia compiuto i 15 anni di laurea avrà il grado di tenente.

Al dott. M. P., Zona di guerra:

Convengo che il collega si trovi tra i più danneggiati dalla guerra, e non sarebbe male richiamare l'attenzione delle Autorità su tale condizione.

Al sig. E. R. da R.:

Tutte le domande di esonero non debbono esser fatte dall'interessato, ma avanzate dall'autorità competente a chiedere l'esonero (Prefettura, ecc.).

All'abb. n. 168:

Il collega dovrà rivolgersi al Comitato centrale dell'Associazione della Croce Rossa in Roma.

Al dott. L. M. da C.:

Il decreto per gli esoneri è già in via di applicazione (circolare 811 G. M. 1917).

Al dott. A. M. I. da I.:

Il collega può provare dopo un certo tempo a far domanda al Ministero onde conseguire l'assimilazione al grado superiore.

In genere però il Ministero conferisce queste assimilazioni in base ai titoli e non per anzianità.

All'abb. n. 5316:

Il decreto di revisione degli esoneri riguarda anche il collega che, se risultasse abile ai servizi incondizionati, dovrebbe venir senz'altro mobilitato.

Date però le infermità dalle quali è affetto, è probabile che la Commissione di visita di Firenze lo riconoscerà inabile, o tutt'al più idoneo ai soli servizii territoriali.

In tal caso l'esonero gli può essere confermato.

Al dott. G. M. da L.:

È già stato risposto.

All'abb. n. 3878:

L'art. 5 del R. Decreto del 13 aprile 1911, n. 374, tratta dei medici condotti.

Cfr. Regolamento sulla dispensa della chiamata alle armi.

Al sig. S. M.:

Gli studenti di medicina che si trovano in zona territoriale non sono idonei ai servizii di guerra, o appartengono a classi non ancora mobilitate.

Non vi è alcun modo quindi di rimediare al danno che in loro confronto soffrono gli studenti che non si trovano nelle suddette condizioni, ma trattasi di un danno comune a tutti gli studenti, di ogni facoltà effetto... della guerra. G. M.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Carducci Agostino è abilitato alla libera docenza in clinica medica presso l'Università di Roma. Rallegramenti.

Il dott. Valentini Luigi è abilitato alla libera docenza in fisiologia presso la R. Università di Palermo.

Il dott. Antonio Ciaburri di Cerreto Sannita, cultore della farmacologia e reputato farmacista industriale, è insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

Quale successore di Kocher alla cattedra di clinica chirurgica di Berna è stato chiamato il professore De Quervain di Basilea. M.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Aliprandri Innocente, da Milano, sottotenente medico complemento battaglione milizia territoriale. — Avendo saputo che dopo l'azione trovavansi ancora dei feriti presso i reticolati nemici, spontaneamente si offriva di andare con una squadra di volontari a cercarli. Pur fatto segno a numerose fucilate continuò nel suo pietoso ufficio, dirigendo la squadra volontari ed il servizio delle barelle, in modo che riuscì a ritirare cinque feriti e a trasportarli al posto di medicazione. — Forame, 28 novembre 1915.

Cantelmo Orlando, da Apice (Benevento), sottotenente medico complemento, reggimento artiglieria campagna. — Ufficiale medico di un gruppo di batterie, esposto per un giorno intero al tiro vicino della fanteria nemica, compiva con abnegazione il suo servizio, ritirandosi solamente dopo che l'ultimo pezzo aveva sgombrata la posizione. — Monte Interrotto, 25-26 maggio 1916.

Cappellari Alessandro, da Bassano (Vicenza), tenente medico complemento reggimento alpini. — Venuto a conoscenza che presso una piccola guardia era stato ferito un ufficiale, affrontando le gravi difficoltà della salita di una scala a corda, sotto il tiro preciso di un fucile automatico nemico, si portava in soccorso del ferito che era già in condizioni molto gravi e gli faceva la prima medicazione. Scesa la notte, provvedeva a farlo trasportare al sicuro, vincendo nuovamente tutte le difficoltà opposte dal pericoloso passaggio. — Passo Sentinella, 11 giugno 1916.

Speranza Umberto benchè contuso per lo scoppio di una granata sul posto di medicazione volle seguire il suo battaglione dimostrando sempre coraggio e serena resistenza.

Tarditi Mario, da Novello (Cuneo), sottotenente medico milizia territoriale reggimento alpini. — Attraversava tratti scoperti e battuti dal fuoco delle mitragliatrici nemiche, per far trasportare e soccorrere feriti, che sapeva avere urgente bisogno delle sue cure. In altri combattimenti dimostrò coraggio, calma e serenità nell'adempimento della sua opera pietosa. — Monte Pal Piccolo, 26-27 marzo 1916.

Vignolo Ulisse, da Genova, tenente medico reggimento alpini. — Colpito da una scheggia di granata nemica mentre curava i primi feriti, noncurante del suo stato, con alto sentimento del dovere continuava a prestare l'opera sua di soccorso, fino a combattimento ultimato. — Monte Rosso, 15 maggio 1916.

I SANITARI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. FERRARI ALCIDE, da Tivoli, ha perduto al fronte il minore dei suoi figli, UGO, di anni 22, studente al 3° anno di lettere presso l'Università di Roma; sottotenente degli alpini, è caduto in Valle di Ludio il 9 marzo 1916. Ha l'altro figlio dott. Luigi, capitano medico, direttore di un Ospedale da campo da 2 anni in Zona di guerra

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti sociali in Italia durante la guerra.

Il Gruppo per propagande mediche nella guerra (Milano, via S. Barnaba n. 8) ha diffuso un foglietto volante che contiene quanto appresso:

Italiani, che vi siete dichiarati per la più strenua resistenza ricordate e spiegate al popolo che l'Italia durante la guerra ha provveduto:

1° all'istruzione professionale dei fanciulli ed all'insegnamento della relativa igiene. (Decreto-Legge Luogotenenziale n. 896, 10 maggio 1917; Legge 12 luglio 1912, n. 854);

2° all'assicurazione contro la invalidità e la vecchiaia di tutti gli operai degli stabilimenti ausiliari ed affini col triplice contributo dello Stato, dei padroni, degli operai. (D. L. L. n. 670, 29 aprile; n. 670 e n. 1185, 24 luglio 1917);

3° un fondo per la eventuale disoccupazione di operai degli stabilimenti ausiliari nel dopo guerra (ibidem);

4° alla protezione igienico sanitaria nelle fabbriche. (Circ 25 settembre 1917-16 giugno 1917);

5° alla protezione del lavoro femminile, alla sua parità di compenso col lavoro maschile, alla tutela della salute della madre operaia. (D. L. n. 570, 15 marzo 1917);

6° all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni agricoli completamente abbandonati fino a ieri. (D. L. n. 1450, 23 agosto 1917);

7° agli orfani di guerra. (Legge 1143, 18 luglio 1917);

8° agli invalidi di guerra. (Legge 481, 25 marzo 1917);

9° un'assistenza sociale, veramente superiore, agli operai in zona di guerra. (Disposizioni del Comando Supremo 1916-917);

10° norme e fondi per la lotta di Stato contro la tubercolosi. (D. L. L. 25 luglio 1917);

11° alla non ammissione nell'esercito dei giovani affetti da tubercolosi incipiente. (Art. 64 delle nuove disposizioni sulle cause di riforma);

12° a dare le terre demaniali, le terre seminative incolte, le terre con vincoli di usi civici ai contadini, a cooperative, ad università agrarie: alle cooperative di pescatori si concedono i diritti di pesca. (D. L. L. n. 1614, 4 ottobre 1917; n. 1676, 20 settembre 1917);

13° per la creazione delle assicurazioni sociali obbligatorie per tutti i lavoratori e per i modesti impiegati. (D. L. 23 agosto 1917) col triplice contributo dello Stato, dei padroni, degli operai (e di altri Enti);

14° efficacemente alla tutela della salute pubblica preservando il paese dalle malattie epidemiche contagiose, tanto diffuse all'estero.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NOTIZIE DIVERSE

La Croce Rossa Americana in Italia.

Il 15 corr. al Campidoglio, nell'Aula Magna del Palazzo Senatorio, si è tenuta una solenne riunione in onore della Croce Rossa Americana, per solennizzare l'intervento degli Stati Uniti nel conflitto europeo. Erano presenti altissime personalità, tra cui i ministri e sottosegretari di Stato Nitti, Sacchi, Miliani, Dallolio, Ciuffelli, Berenini, Bissolati, Borsarelli, Carmenati, Visocchi, Montanari, Valenzani, De Vito, Reggio, Vassallo, Foscari, Gallenga, il Corpo diplomatico, moltissimi senatori e deputati, il rettore e molti professori dell'Università, il sindaco, il prefetto, i generali Vercellana, Spingardi, Marini, Gatti, ecc. ecc.

Parlarono il sindaco, il sen. Marconi, il ministro Nitti, il capo della missione americana col. Perkins, l'ambasciatore americano Nelson Page, esaltando gl'intendimenti di libertà che animano le nazioni alleatesi contro il blocco teutonico tartarico.

L'apoteosi degli Stati Uniti non poteva riuscire più imponente e significativa.

Il II Congresso interalleato per la rieducazione professionale

si terrà a Londra nel prossimo mese di maggio. Una Commissione inglese si occupa dell'organizzazione ed una Commissione francese si è recata a Londra per prendere accordi e cooperare all'ordinamento del Convegno.

I professori universitari per la resistenza interna.

Si è costituita «L'Unione Universitaria Lombarda per la vittoria», col concorso dei professori di Milano e di Pavia, allo scopo di organizzare un'azione pratica, continua e coerente a beneficio della resistenza nazionale e della vittoria.

Nella prima seduta fu votato un ordine del giorno col quale i professori degli Istituti Superiori ed Universitari di Lombardia mandano un saluto di ammirazione e riconoscenza all'Esercito, all'Armata ed agli Alleati; si inchinano riverenti e commossi alla sacra memoria dei colleghi e dei discepoli caduti gloriosamente per la patria; e, in nome dei morti, per l'onore, per la dignità, per la salvezza d'Italia, domandano che il Governo eserciti la più vigile, decisa, energica, implacabile politica di guerra contro tutti i nemici, stranieri e regnicoli, residenti in Italia.

Nell'Aula Magna dell'Ateneo genovese ha avuto luogo un'adunanza dell'intero Corpo Accademico e dei rappresentanti degli Istituti Superiori di Genova, allo scopo di fare un'affermazione operosa per la resistenza interna.

Venne approvato quasi ad unanimità un ordine del giorno presentato dal prof. Bossi, col quale, mentre si plaude alle promesse di una politica di guerra fatte dal Presidente del Consiglio nell'ultimo suo discorso alla Camera, si reclama che tali promesse abbiano immediata attuazione: 1. Colla pubblica rivelazione e la inesorabile punizione dei responsabili dei disastri di Caporetto così nel campo militare che in quello civile. — 2. Coll'internamento di tutti i sudditi nemici in luogo lontano e sicuro non escludendo i naturalizzati italiani o neutri, e col sequestro dei loro beni mobili e immobili e coll'estendere a tutti i nemici il divieto di azioni giudiziarie. — 3. Con la revisione degli esoneri e un regolare equo turno di licenze pei soldati al fronte, nonchè un migliorato trattamento ad essi e alle loro famiglie. — 4. Con le maggiori severità contro i disfattisti all'interno a qualunque classe appartengano, a qualunque partito politico o sociale, sospendendo all'uopo l'immunità parlamentare e instaurando una vera giustizia distributiva nei guadagni, negli stipendi, nei consumi.

Si è deliberato di invitare tutti gli altri Corpi Accademici ad associarsi a questi voti.

Una nave-ospedale inglese silurata.

La nave-ospedale *Rewa*, proveniente da Gibilterra, è stata silurata e affondata nello stretto di Bristol verso la mezzanotte del 4 gennaio. La nave aveva tutti i fuochi accesi e portava tutti i segni distintivi voluti dalla Convenzione dell'Aja, e non si trovava nè era passata in vicinanza della cosiddetta zona pericolosa, quale fu delimitata dalla dichiarazione del Governo tedesco pubblicata il 29 gennaio 1917.

Pare che la Croce Rossa sul fianco della nave abbia servito di bersaglio ai tedeschi, poichè il siluro l'ha colpita in pieno. I malati e i feriti, che tornavano dall'Oriente, e in gran numero soffrivano di malaria, rimasero esposti ad un freddo intenso. Nei canotti furono coricati e trasportati 30 feriti gravi. I feriti leggeri dovettero essere trasportati sulle zattere, ove le ondate li coprirono più volte; fortunatamente essi erano coperti e non vi fu alcuna vittima immediata. Malati e feriti, in numero di parecchie centinaia, e quattro infermiere, furono sbarcati a Swansea. Si sono registrate tre vittime nell'equipaggio e mancano tre uomini di colore.

Nella stampa medica.

Gli *Archives Médicales Belges*, l'unica rivista di medicina che si pubblichi nel Belgio, hanno compiuto il primo anno di vita, dopo la loro riapparizione durante la guerra.

Malgrado l'esilio, hanno potuto realizzare il programma che si erano tracciato: essere l'esponente della scienza medica belga, costituire un legame tra le organizzazioni mediche alleate, documentare i propri lettori sulla letteratura medica straniera.

Malgrado le difficoltà dell'ora, gli archivi sono comparsi con regolarità assoluta.

Sono divenuti una vera enciclopedia della medicina contemporanea. Le 50 pagine che ogni mese hanno consacrato alle recensioni, in fittissimi caratteri, rappresentano una revisione generale di ciò che si pubblica attualmente sullo scibile medico nel mondo intero. Gli articoli e le riviste sintetiche hanno trattato questioni di viva attualità.

Gli *Archives Médicales Belges* vengono pubblicati dal Service de Santé dell'Esercito Belga, all'Hôpital Militaire de Beveren s. Yser. (Abbonamento annuo fr. 16).

Discorsi inaugurali.

Tra i discorsi inaugurali dell'anno accademico 1917-1918 segnaliamo i seguenti:

Camerino, prof. Giulio Tagliani, « L'invadenza germanica nelle scienze biologiche »;

Ferrara, prof. Luigi Cappelletti, « Autolesionista di guerra e la sua psicologia »;

Firenze, prof. Ferruccio Schupfer, « Conquiste ed aspirazioni della medicina di guerra »;

Parma, prof. Olimpo Cozzolino, « La difesa sociale igienica e giuridica del lattante »;

Roma, sen. Giulio Fano, « Fisiologia e civiltà ».

Conferenze di cardiologia militare.

Il prof. Giovanni Galli, maggiore medico, ha ricevuto l'incarico dal Ministero della marina di tenere una serie di conferenze ai medici di marina sul tema: *Le malattie di cuore nel servizio militare*. La prima serie, con dimostrazioni pratiche, viene tenuta a Napoli.

Com'è noto, il nostro amico prof. Galli dirige in Roma un reparto per militari cardiopazienti. Egli vi si consacra « con intelletto d'amore », come ebbe a scrivere il direttore generale della Sanità militare, generale Della Valle, dopo avere visitato recentemente il reparto stesso.

Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è riunito, in seduta ordinaria, presso la Sede centrale dell'Istituto in Roma, il Consiglio superiore della Cassa Nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, presieduto dal senatore marchese Cesare Ferrero di Cambiano.

Il Consiglio ha ratificato le elargizioni deliberate dal Comitato esecutivo a favore dei profughi del Veneto e del Comitato romano di Organizzazione civile ed ha preso atto con vivissimo compiacimento della nobile e patriottica iniziativa avuta dagli impiegati dell'Istituto di intensificare l'opera di propaganda per la guerra e di assistere i colleghi sotto le armi e le famiglie loro.

Il Consiglio si è compiaciuto nell'apprendere che la Commissione istituita per gli eventuali miglioramenti da apportare nell'ordinamento degli Uffici provvederà anche all'organizzazione dei servizi per il nuovo compito che è stato affidato al Consiglio con D. L. 23 agosto 1917 per l'assicurazione degli infortuni agricoli.

Il Consiglio ha ratificato la convenzione stipulata col Ministero dei trasporti marittimi e ferroviari per la liquidazione delle maggiori indennità assicurate direttamente dallo Stato a norma del D. L. 2 settembre 1917, a favore degli equipaggi delle navi requisite, noleggiate e sequestrate dallo Stato, e l'altra concordata col Ministero della marina per la liquidazione delle indennità d'infortunio ad operai addetti ad opere e a servizi militari nella zona di guerra.

Dopo il primo passo fatto colla prescrizione emanata dal Ministero della marina, che debbano essere assicurate presso la Cassa Nazionale Infortuni tutte le Cooperative i cui soci lavorano negli Arsenali e Cantieri di costruzioni marittime, è da sperare che possa presto giungersi al provvedimento da tempo invocato nell'interesse della difesa nazionale e per la maggiore tutela dell'operaio: l'assicurazione presso la Cassa Nazionale Infortuni di tutti gli operai addetti agli stabilimenti ausiliari.

Il Consiglio ha deliberato che la Cassa Nazionale entri con la sottoscrizione di un milione tra gli Istituti partecipanti alla costituzione del patrimonio dell'Istituto Nazionale di Credito per la Cooperazione.

Beneficenza.

Il compianto prof. cav. Adolfo Viterbi, morto eroicamente sul Piave nel novembre u. s., ha, con testamento olografo, lasciato 500,000 lire a beneficio degli Istituti di carità cittadini. Quest'atto fa ancor più rifulgere la figura dell'eroe che Mantova annoverava fra i figli migliori.

La signora Vanderbildt ha offerto alla Croce Rossa Americana la somma di un milione di lire, per l'opera di soccorso e di assistenza che la benemerita istituzione svolge attualmente in Italia.

La Società Anonima Meccanica Lombarda ha concesso alla Direzione di Sanità militare di Milano l'uso gratuito del proprio stabilimento in Sesto San Giovanni, attualmente vuoto, perchè sia adibito ad ospedale militare, facendo dono altresì di N. 400 letti in ferro e relativi tavolini da notte, provvedendo nel contempo alle opere di adattamento dei locali, fino alla concorrenza complessiva di L. 50,000.

Il Prof. Pietro Esperson, già ordinario di diritto internazionale a Pavia, morto a Sassari, ha lasciato il suo cospicuo patrimonio per opere di beneficenza e segnatamente per l'istituzione di un Sanatorio per tubercolotici.

L'industriale cav. Pietro Siligardi, che a proprie spese aveva costruito la Clinica Pediatrica di Modena, ha ora donato al Comune il suo grande stabilimento di salumeria, del valore di L. 230.000, onde combattere il rincaro dei generi alimentari, facendo obbligo al Comune stesso di distribuire annualmente la somma di L. 10.000 a sei Istituti di beneficenza.

In memoria di Achille Ballori.

Il prof. Domenico Barduzzi ha pubblicato una commossa commemorazione dell'insigne sanitario scomparso tragicamente dalla vita, del quale egli fu amico prediletto.

Il nome di Lui rimarrà, dice il prof. Barduzzi, al di sopra di ogni odio insensato, nella memoria di coloro, e sono molti, che non invano a Lui fecero ricorso, e di quanti ne seppero apprezzare l'infinita bontà dell'animo.

Alla memoria di benemerite della salute pubblica.

Sono state conferite, con decreti Luogotenenziali 2 e 9 dicembre 1917, le seguenti ricompense per i

benemeriti della salute pubblica: medaglia di argento alla memoria di Jacometti Maria e di Bianchi Tortina Giuseppina; medaglia di bronzo alla memoria di Zanelli Quaranta Maria Anna.

Areoplani sanitari in Francia.

Un deputato e medico francese, il dottor Chassaing, ha ideato un aeroplano sanitario, per il trasporto dei feriti urgenti dalla fronte ai laboratorii chirurgici posti a dieci o venti chilometri dietro le prime linee. L'idea, concepita parecchi mesi or sono, fu male accolta sulle prima: ma il dottor Chassaing non ha cessato per questo di lavorare intorno al suo apparecchio. e il velivolo sanitario — un biplano nel quale i feriti sono introdotti, su barelle leggere. entro una cabina chiusa che li protegge dal freddo — è già costruito. In 15 minuti questo biplano fa il percorso che le autoambulanze fanno in un'ora e mezza (20 km.). Esso vola a bassa quota, e reca sulle ali l'emblema della Croce Rossa. Le impressioni dei non feriti sui quali è stato fatto il primo esperimento, sono molto soddisfacenti. Secondo «La Presse médicale», la persona distesa sulla barella si sente cullata e ben presto come addormentata dall'oscurità e dal ronzio dell'elica, nè prova alcuna sensazione di freddo. Il tragitto non richiede che pochi minuti, e la scossa che subisce l'aeroplano nell'atterramento è minima. Certo, il rendimento di questo nuovo mezzo di trasporto pei feriti non può essere molto alto; ma l'aeroplano di Chassaing potrà rendere preziosi servigi anche in tempo di pace ai feriti civili in campagna, nelle colonie, ecc.

L'Università di Nancy decorata.

Malgrado il bombardamento, la vita universitaria di Nancy non è stata sospesa.

Alla recente riapertura dell'anno accademico il ministro francese della P. I. fece un caloroso elogio agli insegnanti ed ai discepoli per il coraggio dimostrato e decorò quella Università della Croce di Guerra.

Nella notte dall'1 al 2 c. m., nell'Ospedale da campo 202, mentre stava apprestando le prime cure ai colpiti da una feroce incursione aerea ed ancora infuriava dall'alto l'ira nemica, cadeva vittima il capitano medico prof. RAMBERTO MALATESTA, di anni 39, da Cittadella, primario chirurgo dell'Ospedale civile di Castelfranco Veneto, docente di patologia chirugica nella R. Università di Padova.

Tanto nobilmente quanto fu vissuta si è così spenta la esistenza di un collega che fu sempre esempio a tutti di rettitudine, di abnegazione, di amore alla famiglia, allo studio, al lavoro: che era circondato da simpatia e da affetto universali; che durante tutto il periodo della guerra ha pagato largo tributo di sacrifici di ogni genere; che, malgrado i pericoli creati dalla nuova situazione militare alla sua terra natia, aveva domandato ed ottenuto di rimanervi fino all'ultimo per rincuorare e dare l'opera sua di provetto chirurgo, inspirata ad un profondo sentimento di carità.

Alla desolata famiglia che piange, profuga, la scomparsa di un uomo veramente perfetto, giungano gradite le espressioni del nostro più vivo dolore.

c. b.

Cessava di vivere con eroica rassegnazione, in seguito a sarcoma intestinale, il dott. DI PAOLA CESARE, di anni 59. Esercitò con intelligenza ed amore nel comune di Petralia Sottana (Palermo). Lascia un profondo rimpianto.

a.

E' morto a Berlino di tifo petecchiale il noto ematologo prof. ARTURO PAPPENHEIM, direttore del periodico *Folia haematologica*.

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. PUBLIO CIUFFINI - *Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico dei tumori del lobo temporale.*

II. Dott. RICCARDO CARNELLI - *Edema neurotrofico, isterico, a corazza.*

III. Dott. BERNARDINO MASCI - *Tetano tardivo localizzato.*

Il fascicolo 1 (15 gennaio 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. PIETRO GILBERTI - *Sulla genesi flogistica di un tumore fibroso del collo.*

II. Dott.a CLELIA LOLLINI - *Su di un caso di pseudoermafroditismo.*

III. Dott. GIUSEPPE FILARDI - *Un caso di pseudo-ermafroditismo maschile.*

IV. Dott. ANGELO CHIASSERINI - *Lesioni sperimentali dell'ipofisi.*

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 - Stab. Tip. Cartiere Centrali — L. Pozzi, *resp.*
(32)

Anno XXV. Roma, 27 gennaio 1918 Fasc. 4.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE.

I compiti attuali della clinica medica

Prolusione del prof. Vittorio Ascoli.

(*Continuazione e fine, vedi fasc. 3°*).

In quale campo e con quali direttive deve dunque esercitare oggi l'opera sua la clinica medica?

Tutte le scienze — perfino la fisica e chimica — hanno quasi abbandonato l'infido metodo deduttivo, il quale parte da principî generali per calcolare e prevedere leggi particolari; esse si servono quasi esclusivamente del *metodo induttivo* o *empirico*, il quale giunge a formulare leggi in base alla verifica ripetuta e controllata dei fatti. Le *leggi naturali empiriche* non hanno la pretesa dell'assoluto; sono *vere entro certi limiti*. Ogni scienza, si può dire, ha per iscopo di fornire la risposta più chiara e precisa possibile al seguente problema: *dati i rapporti di un sistema, quali fenomeni si produrranno e quale sarà lo stato del sistema a un'epoca determinata?*

Oggi l'uomo va studiato nella stessa guisa di qualsiasi altro fenomeno naturale: può considerarsi come un *sistema* esposto a variazioni per influenza di agenti, normali o abnormi.

Il procedimento dei fisici e dei chimici serve pure allo studio dell'uomo sano e dell'uomo infermo. La differenza fra il fisico ed il medico sta essenzialmente in ciò che il fisico analizza sistemi relativamente semplici e giunge a leggi

determinate, talvolta così nette che si esprimono con cifre; il medico investiga sistemi assai complessi e giunge a leggi meno fisse e che non si esprimono mai con cifre. Più complesso è il *sistema*, più numerose e potenti le ragioni di variazione, più stretti sono i confini in cui la legge si verifica. Il carattere scientifico d'una disciplina consiste nel *metodo;* la semplicità maggiore o minore del sistema distingue le scienze secondo la maggiore o minore relatività delle leggi. La medicina è scienza come la matematica o la fisica; ma è governata da una grande relatività, maggiore di quella della fisica e della chimica, e anche di quella delle scienze biologiche, minore di quella delle discipline economiche e sociali. L'attributo scientifico della medicina non deve essere ormai nemmeno discusso.

Il compito primo del clinico è dunque di educare i giovani al metodo scientifico di esaminare gli infermi.

Il medico studia l'infermo, cioè il *sistema* ch'è sotto l'influenza della causa perturbatrice, per stabilire quale sarà la risultante in un'epoca determinata e anche per modificare la risultante probabile. Lo studio del *sistema* presuppone la conoscenza precisa delle condizioni *statiche* di esso, cioè *l'anatomia*, delle condizioni *dinamiche* cioè delle funzioni sotto stimoli abituali e sotto stimoli abnormi, cioè la *fisiopatologia;* la conoscenza della causa morbigena e di tutti i suoi possibili effetti sull'organismo, cioè degli agenti fisici, chimici e dei germi patogeni. Per modificare il corso degli avvenimenti egli ha bisogno di calcolare le influenze che sul *sistema in trasformazione* sono in grado di esercitare circostanze di ambiente, procedimenti fisici, corpi di varia natura, ecc., in una parola egli deve saper usufruire di tutti gli espedienti in uso nella cura degli ammalati.

Purtroppo lo stato di sviluppo di ogni singola disciplina non è tale da darci nozione esatta e completa di ogni elemento richiesto: purtroppo, come abbiamo visto poc'anzi, l'ingegno umano non basta a comprendere quel poco che è noto delle discipline preparatorie e sopratutto con difficoltà discerne il poco che sa dal molto che ignora: purtroppo la determinazione dei fatti clinici è sempre imperfetta.

Chi abbia il possesso più pieno di tutte quante le discipline biologiche avrà gli elementi per rendersi conto delle condizioni di vita, sieno normali o morbose, del soggetto in esame, per comprenderne anche le attitudini; ma non sarà in grado di immaginare o prevedere l'ulteriore evoluzione e l'esito definitivo. Anche l'uomo meglio dotato si metterebbe in una impresa immane e superba, anzi sterile e vana, se pretendesse indagare il divenire dei fenomeni e pensare a modificarli, come se fenomeni simili non fossero mai stati osservati, descritti, valutati da nessuno. Per citare un esempio semplicissimo, l'anatomia e la fisiologia ci permettono di interpretare esattamente i sintomi di una paralisi completa del facciale; ma nessun anatomico nè fisiologo avrebbe mai immaginato i quadri vari di questa paralisi e tanto meno supposte le accidentalità e gli esiti vari.

Il confronto dei fatti analoghi che le scienze più esatte si procurano con l'esperimento realizzato in circostanze determinate e costanti, la medicina lo trae dalla osservazione e verifica dei fenomeni, cioè dei sintomi della malattia e dalla nozione del corso abituale di essa, cioè dal *nosografismo.*

Ma perchè il nosografismo serva nel confronto dei fenomeni e conduca alle leggi, sia pur generiche, che governano l'andamento delle malattie, bisogna che dei fenomeni si conosca con chiarezza non solo il carattere, la genesi, il fondamento, il significato, ma anche l'associazione e l'evoluzione. La semplice descrizione dei disturbi morbosi, senza determinazione della proprietà di essi e della loro colleganza, non si presterebbe in alcun modo ai paragoni, ai controlli, che il metodo induttivo esige. Le leggi empiriche in tanto acquistano valore, in quanto basano su dati bene circostanziati e verificati con costanza.

I mezzi attuali di esame e di studio degli infermi consentono che si raggiunga il grado di determinatezza sufficiente a dare carattere scientifico alle nostre osservazioni. *Lo sforzo nostro deve tendere a dare carattere scientifico al nosografismo.*

Per procedere dal semplice al complesso, il nosografismo comincerà con lo studio di fenomeni isolati, funzionali, cui si è poco dedicata la moderna medicina, ad es. le sensazioni subbiettive, il dolore, il malessere, il deperimento, ecc. La semeiologia estende così il suo dominio oltre la constatazione delle alterazioni organiche, oltre la verifica di dati di laboratorio e si spinge all'analisi dei fenomeni subbiettivi e dei sintomi più o meno indeterminati con cui le malattie sogliono iniziare. È bensì vero che di contro alla sicurezza di valutazione dei fatti sinora considerati, la nuova semeiotica assume compiti più delicati e difficili, dovendo riconoscere e interpretare fenomeni più fini e complessi, Ma la difficoltà e il pericolo di inciampare nell'errore non ci devono stornare dalla ricerca del vero. Il grande progresso degli studi fisiopatologici aiuterà la

nuova semeiologia come l'anatomismo ha sovvenuto la semeiologia fisica. L'educazione al positivismo scientifico che le scienze sperimentali ci hanno impartito ci salverà dal cadere nel fatuo.

Ma la semeiologia, ch'è utile preparazione per i giovani, in quanto disciplina e metodizza l'esame del malato, non basta per il nosografismo. I sintomi — tutti i sintomi — sono dal nosografismo studiati nella loro coordinazione e nella loro evoluzione.

L'aggruppamento abituale, ordinario, di sintomi che costituisce il *quadro morboso* di una malattia, è stata la preoccupazione assidua della vecchia medicina, è stato aborrito e vilipeso dai clinici del periodo così detto scientifico, i quali pretesero *procedere al lume della scienza* (Tommasi). Noi oggi dobbiamo ripudiare il bruto nosografismo antico, puramente e spesso non esattamente descrittivo, così come abbiamo accertato che la conoscenza scientifica dei processi fisiopatologici non ci insegnerebbe abbastanza sulla sintomatologia e sul decorso delle malattie. La medicina moderna consente di considerare il quadro morboso in rapporto alla causa generatrice — e spesso anche alle cause cooperatrici —, in rapporto alle alterazioni organiche; consente di seguirne con abbondanza e precisione di rilievi sintomatici il decorso. Quando i quattro elementi fondamentali (etiologia, lesioni, sintomi, evoluzione) sieno determinati e costanti si caratterizza una *entità morbosa*, una *malattia*. L'autonomia di essa è completa e sicura quando, oltre possedere attributi particolari propri per ciascuno dei quattro criteri discriminativi, può essere sperimentalmente riprodotta. Il clinico, confrontando i quadri morbosi osservati sui singoli individui con quelli bene noti, avrà luce per la sua condotta. Nello stesso tempo egli accrescerà il numero dei fatti conosciuti o perfezionerà con dati nuovi la nozione di quelli già descritti; scevererà particolari aggruppamenti o singolari modificazioni nel decorso in rapporto a concause; migliorerà cioè il nosografismo.

Accanto a tali quadri morbosi, il nosografismo ne descrive altri, in cui la insufficienza nostra non isola i quattro elementi necessari per costituire una *malattia*. Tali quadri morbosi sono oggi designati come *sindromi*.

Le sindromi rappresentano aggruppamenti provvisori di sintomi che attendono di venire sistemati. La distinzione chiara tra il noto e l'ignoto è sempre foriera di progresso. Poichè *i fatti*, sotto la verifica esatta delle condizioni in cui intervengono, sono il fondamento d'ogni legge naturale, il nosografismo deve tornare in onore, in omaggio all'indirizzo scientifico per cui fu condannato. Nessuna scienza, tanto meno la medicina, potrà rinunciare ai frutti dell'esperienza.

Il *nuovo nosografismo*, mentre risponde ad un'esigenza scientifica, è della massima utilità per la pratica. La disamina delle sensazioni subbiettive, la conoscenza dei fenomeni che segnano l'inizio delle malattie, conducono il medico a riconoscere, almeno a *sospettare*, la malattia prima che sintomi conclamati e indiscutibili la dimostrino.

Se noi attendiamo per la diagnosi che siano riconoscibili lesioni di organi, ci esporremo, nella gran parte delle malattie croniche, al pericolo di lasciare trascorrere lo stadio della malattia in cui la cura poteva riuscire proficua.

L'importanza che noi attribuiamo ai dati nosografici, si diparte bensì dall'*anatomismo clinico*, ma costituisce un più ampio svolgimento dei concetti Baccelliani sul predominio dell'*osservazione clinica* e sulla *fiducia nelle sintesi cliniche*. Nell'inneggiare al ritorno del nosografismo intendiamo fare dello studio del malato la parte precipua, sostanziale del nostro insegnamento. Il nosografismo controllato dagli esami fisici, perfezionato dalle esplorazioni radiologiche, allargato dalle numerose ricerche di laboratorio, lungi dal ricondurre la medicina al confusionismo sintomatico la salverà dal dottrinarismo biologico, tenendola nel terreno suo proprio, cioè di quella fondata esperienza clinica, che è la forza e la guida di ogni medico pratico.

Integrando il nosografismo con le scienze biologiche, la clinica coopera nel modo più poderoso alla determinazione delle singole entità morbose e delle forme speciali che ciascuna assume per effetto di circostanze individuali, di concause ordinarie, ecc.

La clinica porta in tal guisa ogni giorno nuove pietre all'edificio della patologia che racchiude tutta la parte dottrinale della medicina. Tra la patologia, che ha l'ufficio di spianare la via alla clinica, e la clinica, che accresce, modifica e precisa con nuovi acquisti il patrimonio della patologia, è uno scambio continuo di elementi che riesce al perfezionamento della medicina.

***

Ma la clinica com'è scienza in evoluzione è scienza di applicazione. La clinica medica è ben differente dalle altre cliniche. Nelle altre tutta l'attenzione è concentrata nella lesione locale: riconoscerla, determinarne la natura e l'evoluzione, tale il loro scopo. Il clinico specia-

lizzato, più attento e progredito, tien conto tutt'al più dello stato generale nel prevedere l'andamento della malattia e nell'adattare la cura.

Considerando i numerosi apparecchi di cui la clinica medica si occupa, verrebbe fatto di pensare che rappresenti la somma *di otto o dieci specialità*. Ma un tal giudizio sarebbe assai remoto dal vero.

La funzione del *medico interno*, permettete ch'io dica del *medico*, è quella di *comprendere* l'intero individuo, dalla sua costituzione organica alle sue tendenze psichiche, alle sue funzioni vegetative. Questo suo ufficio, mai forse come nel presente momento storico, è stato complesso e difficile, a causa della somma di conoscenze ch'è necessario sintetizzi e concreti per avere prossima la visione d'insieme.

Oltre le nozioni che offrono le molteplici branche delle discipline mediche, la clinica medica, per cogliere i caratteri individuali propri d'un soggetto, apprezza e utilizza i dati obbiettivi addotti dalle cliniche sorelle. Di continuo richiede ad esse elementi di giudizio sullo stato anatomico e funzionale di organi accessibili all'esame diretto; concede a tutte il giudizio sintetico sulle condizioni statiche e dinamiche dei visceri interni ed essenzialmente sulle attitudini funzionali dell'intero organismo.

Per comprendere e sentire il patimento dell'organismo, il medico dev'essere capace di esami completi e sicuri, e dev'essere fornito di buon discernimento, per attribuire ad ogni fenomeno il significato preciso. L'immaginazione di tutte le possibili ipotesi, la critica sagace e severa gli faranno allora stabilire la diagnosi del morbo, mentre sentimento e fantasia gli daranno la commozione artistica che s'immedesima nella coscienza intima dell'individuo colpito.

Con la discriminazione di questo stato individuale, il clinico, in base alla conoscenza approfondita della nosografia, fornisce elementi per raggiungere nei limiti del probabile la previsione del futuro che con brama ansiosa l'uomo attende nelle traversie della vita. L'indovinare fruttò fama e ammirazione ai profeti e ai maghi dei tempi andati. La prognosi bene fondata è la reputazione e la salvaguardia del medico.

Un uomo che valuti il male e ne misuri i pericoli è istintivamente portato a cercare i ripari.

Nell'indirizzo curativo la trasformazione della medicina interna negli ultimi cinquant'anni si è svolta parallela a quella dell'indirizzo scientifico. Nel periodo dell'anatomismo, la medicina, studiosa di riconoscere il processo patologico e le modalità delle sue estrinsecazioni, avida di ricerche etiologiche, sfiduciata di poter cambiare la fatale evoluzione di processi morbosi, preoccupata del riscontro anatomo-patologico, parve dimenticare l'ufficio di *curare*, che costituisce, socialmente ed eticamente parlando, la sua ragion d'essere. Quanto più in alto era il clinico, tanto maggiore disprezzo o dileggio aveva, od ostentava, per la cura. I professori dedicavano, se pure, brevi minuti in fine della lezione alle *indicazioni terapeutiche:* rare volte entravano in particolari relativi al caso. Dal nichilismo terapeutico li salvavano i pochi farmachi veramente specifici: senza il mercurio, la chinina e un po' il salicilato di soda, secondo essi, la terapia avrebbe fatto bancarotta completa.

Non intendo profittare dell'interesse simpatico che destano sempre le questioni intorno alla cura per prolungare di troppo il mio discorso. Voglio invece affermare che nel periodo attuale siamo in condizioni addirittura opposte.

Il numero dei rimedi specifici s'è allargato: ai tre che l'esperienza secolare ci aveva tramandato i tempi moderni ne hanno aggiunti parecchi: gli arsenobenzoti, l'emetina e alcuni sieri specifici (antidifterico, antimeningococcico, ecc.), senza mettere in bilancio le virtù preventive del siero antitetanico e dei vaccini antitifico, anticolerico, ecc.

La pratica clinica più illuminata e gli esperimenti rigorosi hanno precisato le conoscenze farmacodinamiche sui vecchi rimedi, e la chimica ha introdotte moltissime — troppe — sostanze nuove, di cui alcune realmente proficue.

La dietetica, nell'odierno sviluppo della dottrina dell'alimentazione, è divenuta il cardine d'ogni terapia. I mirabili effetti della tiroidina, dell'adrenalina e della pituitrina basterebbero a glorificare gli studi endocrinologici, se non a giustificare la fiducia nell'opoterapia.

Gli agenti fisici e cioè meccanici, termici, elettrici, furono usufruiti in terapia con tanta varietà di forme e con tale precisione da essere divisa in parecchie branche autonome di terapia.

L'intervento chirurgico che il medico stesso invoca, ed ottiene efficacissimo, è divenuto quell'arma potente, la quale, mentre salva vite umane, contribuisce assai alla più esatta conoscenza dei processi morbosi e delle lesioni anatomiche proprie delle singole malattie.

Se tanta dovizia di mezzi contrasta con la prisca povertà, e mette in grado il medico di soddisfare molteplici indicazioni, è il *nuovo indirizzo* che rappresenta più simpaticamente e più effettivamente il progresso della terapia. Possedere il rimedio specifico contro una malattia, portare un attacco diretto contro una

lesione organica, cambiare le condizioni evolutive d'un processo morboso, modificare le funzioni d'un apparecchio, ognuna di tali potenzialità è in sè grande e soddisfacente; sono acquisti indispensabili, ma preliminari e quasi grossolani per il medco. S'egli non usa a tempo, in misura adatta, con rispetto alle condizioni individuali, gli espedienti terapeutici, fallisce allo scopo.

Mosso dalla pena per gli altrui mali e dalle sue conoscenze fisiopatologiche, il medico cerca *con ogni mezzo*, mediante la sua influenza psichica, mediante i rimedi causali o patogenetici o sintomatici, traendo partito da ognuna delle condizioni di ambiente e di vita, cerca di favorire i processi di guarigione e di mettere in grado l'individuo di evitare le complicazioni, di traversare nel modo migliore e vincere le difficoltà create dalla malattia. Il medico moderno conosce i processi morbosi non per l'egoistica soddisfazione di seguirne o prevederne le fasi, ma per il dovere di guidarli, avviarli al buon esito o almeno per risparmiare danni secondari e sofferenze.

Tale programma terapeutico riesce tanto più utile quanto più precocemente noi riconosciamo l'inizio e stabiliamo la natura precisa della malattia. Dobbiamo aggiungere che riuscirà più efficace, quanto più le risorse della moderna terapia si moltiplicheranno nella loro esecuzione attraverso gli avvedimenti della pietà umana. La clinica moderna, o sarà maestra ai medici di quest'arte nobile e fine di *assistere gli infermi*, o mancherà ai fini che il sentimento e le leggi le hanno assegnato.

L'assistenza agli infermi così intesa è fusione di mezzi e fusione di sentimenti: è un saggio in piccolo della convivenza umana che i tempi moderni hanno reso più intima, più solidale.

La vita umana diviene ogni giorno più preziosa. Non è soltanto l'uomo infermo che richiede la sua riabilitazione o almeno la sua conservazione; non è soltanto la famiglia che con premura affettuosa reclama la salute del suo caro; interviene la società, mediante i varî ordegni creati per la sua difesa e protezione. La malattia colpisce l'individuo; ma concerne la Società.

Nessuno meglio del medico poteva scorgere la grande influenza delle scienze biologiche sulla vita sociale: egli è stato il pionere caldo e convinto di ogni benefica innovazione. L'infermità dell'uomo può essere una infezione, un avvelenamento, l'effetto di un trauma: i poteri pubblici intendono evitare che l'infezione si propaghi, che l'avvelenamento si ripeta; vogliono che il trauma sia risarcito civilmente e, occorrendo, anche penalmente. Il medico esercita, in tutti gli atti esecutivi per il raggiungimento di questi alti fini sociali, la parte più importante, in quanto non solo riconosce e determina sempre il fatto iniziale, ma suggerisce, consiglia e fissa le norme successive. Ogni atto basa essenzialmente sopra una constatazione clinica. Nella protezione della vita umana egli è sempre l'apostolo e l'attore, o che si tratti di curare o che si tratti di prevenire i mali che minacciano l'uomo. Con il suo spirito umanitario egli stimola e dirige i pubblici poteri in tutte le questioni sociali, siano d'interesse generale come, ad esempio, la tubercolosi, la sifilide, ecc., siano d'interesse circoscritto alla regione dove il clinico spiega più immediatamente l'opera sua, come, ad esempio, tra noi la malaria. La clinica diventa valida cooperatrice dell'igiene pubblica.

Alla clinica prestano nuovi campi d'azione i problemi sulle assicurazioni volontarie e sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie, l'invalidità e la vecchiaia: problemi delicatissimi, poichè trattasi o di rilevare con minuzia di analisi e rigore di deduzione condizioni morbose appena in sull'inizio o di valutare con approssimazione scrupolosa il probabile decorso di malattie definite.

Il clinico non deve oggimai chiudersi nel suo Istituto fra le sale degli infermi e i laboratori biologici: ma occuparsi con scrupolo, con zelo, con sentimento, di tutte quante le questioni sociali: il pauperismo, l'alcoolismo, la degenerazione, ecc. Egli non usurpa il posto del sociologo. La clinica sociale, come disciplina isolata, a me pare non abbia diritto ad esistere: si ridurrebbe una formale fraseologia, se si distaccasse dalla considerazione dell'uomo infermo. La medicina d'altronde non avrebbe coscienza del nuovo ordine che si viene instaurando; impiccolirebbe sè stessa, se non vedesse attraverso l'individuo infermo i patimenti sociali di cui questi è l'esponente. Il professore di clinica sarebbe impari al suo ufficio, se non educasse i giovani medici all'esercizio delle mansioni sociali che già il presente, ma più l'avvenire, ad essi imporranno. Nella scuola e nella vita il clinico che sia conscio della propria missione eserciterà la sua influenza per il progressivo miglioramento delle condizioni di vita umana e per la garanzia che ogni lavoratore possa provvedere all'incerto domani.

Il successo della nostra professione nella *nuova età sociale* consisterà nella nostra devozione all'ideale del benessere e del miglioramento della razza che farà l'uomo libero.

Dalla scienza alla vita, tutto influisce sull'indirizzo della clinica medica: le prolusioni dei

clinici rappresentano quasi le tappe del progresso delle scienze mediche e dello spirito filosofico che le informa.

La clinica moderna, nata dal positivismo anatomico, volta necessariamente verso la fisiopatologia sperimentale nel suo progresso, allarga e compie l'esame dell'infermo con le ricerche di laboratorio, mediante le quali indaga anche l'entità dei processi morbosi e affina la conoscenza dei sintomi: confronta con i risultati della esperienza tutti i dati raccolti nell'esame del soggetto per giungere alla diagnosi della malattia e della forma speciale che la malattia ha assunto nel determinato individuo. In base alla diagnosi individualizzata, la clinica indica e pone in pratica i metodi terapeutici tratti con criteri ecclettici dall'arsenale moderno ormai ricco e sicuro: passa a verificare se e quali rapporti sociali la malattia abbia contratto e ne cava giudizi di responsabilità o argomenti per evitare il danno di altre persone in condizioni simili. La clinica moderna concentra sempre più l'opera sua nello studio dell'uomo infermo: si ingentilisce, si umanizza, nella più scrupolosa e fine assistenza ospitaliera e nella più intima compenetrazione nei problemi sociali.

Per l'esercizio di così ampie e ardue funzioni al medico si richiede capacità e disciplina di osservatore nel campo organico e psichico; ricchezza di cognizioni scientifiche e potenza di ricordi; vivave immaginazione e critica severa; sentimento etico e sociale; rapida risolutezza e criterio pratico nel provvedere.

La logica che mantiene l'armonia tra le preziose qualità del clinico, deve esercitarsi sopra questioni complesse, sopra ipotesi innumeri; esige rigore e circospezione che confinano con la diffidenza.

Qualità così varie culminano forse spesso isolatamente, ma di rado si equilibrano: si rafforzano nella loro cooperazione soltanto con l'esercizio prolungato e rigoroso.

* * *

Spero non vorrete inferire da ciò, che io presuma tanto da ritenermi fornito delle esimie doti del clinico e della preparazione richiesta: presumo soltanto che nessuno tra voi trovi così ampia, com'io la trovo, la distanza che separa la mia persona dal clinico perfetto.

Io confido nella mia fede operosa, non in quanto ponga in attività le mie forze, ma in quanto susciti e svolga in cooperazione altre poderose energie. Non in un uomo, ma in una scuola, può oggi incarnarsi la clinica moderna.

Quando una scuola di clinica medica accolga nel personale assistente giovani forze, le quali siano rigorosamente istruite nelle discipline fondamentali (anatomia patologica, batteriologia, chimica, e soprattutto fisiopatologia); quando detta scuola abbia studenti in cui la mente pronta, lucida, aperta al vero si disposi alle virtù eroiche (eroismo tanto più ammirando quanto più contenuto nell'austerità del sacerdozio) dimostrate dai medici nella nostra guerra, affronterà con coraggio il suo dovere.

Se, e per la natura stessa della materia e anche per la sua disposizione in corso triennale all'ultimo periodo degli studi, il clinico medico ha influenza preponderante nel creare la coscienza del futuro medico, io sento alleviata la mia responsabilità dal sapere come i giovani, per l'opera dotta e premurosa degli insigni colleghi di Facoltà, giungano alla clinica allenati per affrontare qualunque problema biologico l'esame del malato presenti, e com'essi trovino sapienza ed arte in tutti gli insegnamenti clinici collaterali. Gli abitatori che la terra d'Italia produce simili a lei, fertili di ogni virtù, sono bisognosi soltanto di severa disciplina e di quella concordia che lunghi secoli di sofferenze non valsero — sembra — a rafforzare abbastanza.

Il lavoro coordinato, coscienzioso, diuturno, di seguire nei giovani lo sviluppo delle attitudini scientifiche e il perfezionamento etico-sociale che della scienza medica sono propri, ci riempie l'animo, o colleghi, di quell'intima soddisfazione di cui gode l'artista nel creare l'opera d'arte. Plasmiamo qualcosa di vivo anche noi. Come il poeta anima le parole e lo scultore dà vita alla creta, noi diamo una *coscienza clinica ai medici*: la stessa onda di compiacimento ci pervade, lo stesso fulgore d'ideale ci guida.

La cooperazione vostra io invoco; la sollecito validissima. Noi formeremo così dei medici con giusta coscienza della loro missione, atti a muoversi liberamente nelle ampie volute dell'odierno esercizio pratico.

Un Istituto di clinica medica, cioè uno stabilimento i cui vari laboratori scientificamente organizzati e armonicamente diretti cooperino per la salute e per il benessere umano, trova facile il successo presso il pubblico che lo sorregge con la sua fiducia, presso gli enti pubblici che lo forniscono dei mezzi necessari.

È sulla forza animatrice di tante energie che io fido, per superare le difficoltà che mi attendono.

Se le speciali condizioni in cui s'è svolto il progresso delle discipline mediche ai tempi nostri, hanno impedito che qui sedesse in quest'ora un clinico eminente, io mi farò forte del-

la tradizione della Scuola Romana, che Baccelli ha fondato e che non morrà nel tempo.

Lo studio scientifico dell'infermo e la simpatia sociale: ecco i germi che, *fecondati* con passionato amore della verità e con intenso fervore di bene, assicureranno l'avvenire della clinica di Baccelli.

Del genio di lui, che irradiò luce fulgida e potente sui vasti campi della vita d'Italia antica e moderna, la medicina clinica fu la fiamma prima, la più cara all'anima sua. La sorte ha voluto che tal face fosse commessa alle mie mani devote di discepolo. Con la presente rituale cerimonia, davanti a voi che rappresentate le scienze mediche e la politica, davanti a voi che rappresentate l'esercizio gentile della bontà, davanti a voi che rappresentate le speranze della medicina italiana, prometto e giuro di conservare la face alta e pura in questo Policlinico ch'egli ideò e volle degno di Roma e simbolo della medicina nazionale.

Nel nostro tempio avranno culto la scienza e la pietà; ma ogni opera sarà dedicata alla solidarietà sociale. Nella clinica nuova, la scienza palpita di umanità.

RIVISTE SINTETICHE.

I disturbi nervosi consecutivi ai traumi cefalici.

I traumi cefalici possono dar luogo ad una fenomenologia sintomatica variabile a seconda la gravità del trauma, la sua sede, la sua estensione ed in rapporto alle parti craniche lese (ossa, meningi, sostanza encefalica) ed alle eventuali complicazioni secondarie tra le quali stanno in prima linea le infezioni.

La prima manifestazione clinica di ogni trauma cefalico di una certa gravità è la commozione; con la scomparsa di questa possono comparire sintomi infettivi acuti o i sintomi classici delle lesioni corticali; ed anche quando questi siano scomparsi possono persistere lungo tempo dei piccoli segni delicati o manifestarsene anche tardivamente dei nuovi che hanno un più accentuato carattere di gravità.

Per questi ultimi sintomi che non hanno alcun rapporto con la lesione di una determinata zona cerebrale Grasset (1) ha indicato il nome di *atopici*, riservando quello di *topici* ai disturbi dipendenti unicamente da una lesione a focolaio. È ovvio che le due specie di fenomeni possono coesistere nello stesso individuo, ma i primi, quelli atopici, possono, come ho detto, manifestarsi in soggetti nei quali il trauma cefalico non abbia determinato alcuna lesione a focolaio ed in quelli nei quali i sintomi di lesioni localizzate siano già scomparsi.

(1) GRASSET. Revue Neurologique, n. 6, 1916.

I sintomi atopici, o, come vengono altrimenti detti, i sintomi diffusi residui ai grandi traumi cranio-cerebrali sono i seguenti: disturbi psichici, cefalea, abbagliamenti di vista, vertigini, crisi a tipo epilettico, sintomi somatici.

1°) La sindrome *psichica* tardiva consecutiva ai gravi traumi encefalici ha qualche cosa di caratteristico e di speciale. Villaret e Migaard (1) la definiscono come uno stato di inattività, di torpore, di pigrizia più o meno accentuato, nel quale le funzioni psichiche senza essere soppresse, nè in genere gravemente alterate, sono rallentate, sospese, impacciate nell'esercizio della loro attività.

L'individuo si presenta come in uno stato di leggera sonnolenza, con una mimica quasi inespressiva e con tendenza all'immobilità. Si dimostra indifferente, cerca il riposo ed evita il più che sia possibile gli sforzi di riflessione; dice egli stesso con tristezza che la conversazione, i rumori, i movimenti lo affaticano, lo rendono irritabile e gli fanno fuggire la compagnia.

Del resto i cranio-traumatizzati in genere sono molto emotivi. Camus e Nepper (2) hanno trovato che a differenza di quelle psico-motrici, che si dimostrano frequentemente rallentate, le reazioni emotive studiate scrivendo il ritmo respiratorio, il ritmo cardiaco, i vasomotori ed i tremori sono esagerate nella quasi totalità dei casi tanto da poterle considerare un fenomeno costante.

La volontà è generalmente alterata: l'infermo ha una tendenza all'abulia, evita per quanto può le occasioni di esercitare la sua volontà.

L'attenzione volontaria esiste ma è abitualmente in riposo. L'attenzione spontanea presenta una tendenza manifesta a immobilizzarsi nel torpore.

L'immaginazione è conservata, ma si esaurisce facilmente.

L'intelligenza a causa della lentezza della ideazione sembra indebolita, ma malgrado le apparenze è conservata: il giudizio si esercita meglio del regionamento, i sentimenti intellettuali anche delicati si manifestano meglio delle operazioni il cui sviluppo esige uno sforzo alquanto duraturo.

(1) VILLARET e MIGNARD. Paris Médic., n. 36, 1916.
(2) CAMUS et NEPPER. Paris Médic., n. 23, 1916.

La memoria è quasi sempre compromessa, sopra tutto quella di fissazione. Il malato è spesso obbligato a scrivere tutto ciò che deve fare (segno del taccuino) (1). Nel corso della conversazione perde il ricordo di ciò che è stato detto qualche minuto innanzi; non sa più dove ha posato un oggetto che si propone di prendere; dimentica, se esce, per quale ragione è uscito di casa. In generale i fatti antichi sono rievocati meglio dei recenti. Esistono spesso delle amnesie lacunari in rapporto al momento del trauma.

Il sonno può essere disturbato da sogni terrifici e da incubi. Talora si ha onirismo allucinatorio con idee deliranti fugaci spesso malinconiche, talora a contenuto persecutorio o con ossessioni ideative.

I disturbi sopra accennati possono avere una varia accentuazione dando al complesso della sindrome un carattere di maggiore o minore gravità. Talora l'obnubilazione mentale può dar luogo a pseudo-demenze che nei casi più gravi assumono anche la sindrome di paralisi progressiva, e la confusione con questa entità morbosa è tanto più possibile in quanto che possono anche coesistere disturbi disartrici e pupillari.

2. La *cefalea* è uno dei disturbi più costanti della sindrome atopica consecutiva ai traumi cranio-cerebrali. È poco intensa ed è come una sensazione di pesantezza, di stringimento o di battito diffuso a tutta la testa o localizzata a mo' di emicrania al lato della lesione con un massimo nelle vicinanze del trauma, o anche limitata alla regione frontale o occipitale. A livello della cicatrice per altro si nota una zona di iperestesia a carattere nevralgico diffusa talora all'osso.

La cefalea di solito non è continua: va soggetta ad intermittenze ed esacerbazioni spontanee o provocate. Di regola si presenta al mattino ed alla sera ed anche dopo il mezzogiorno durante la digestione. La tosse, lo starnuto, il soffiarsi il naso, l'abbassare la testa in avanti, gli sforzi fisici o mentali, la luce viva, la vista di oggetti in movimento, le scosse brusche, i rumori, l'esposizione al sole, l'ingestione anche di piccole quantità di alcool, il fumare, il freddo, il caldo intenso, il vento provocano o aggravano questa cefalea. La sensazione provocata in tali circostanze è spesso quella di uno sballottamento, di uno spostamento in massa del cervello nella scatola cranica.

3. Gli abbarbagliamenti e le vertigini sono sintomi anche comuni. Nelle stesse condizioni in cui si presenta o si aggrava la cefalea (sforzi, scosse, abbassamento della testa, ecc.) l'infermo vede passare innanzi ai suoi occhi come una nuvola, delle scintille, si sente come se stesse per perdere l'equilibrio, senza però che, come nella vera vertigine, abbia la sensazione della rotazione degli oggetti circostanti. Talora il disturbo è accompagnato da un malessere vago, indefinibile ed anche da nausea. Non di rado si ha fotofobia, astenopia accomodativa, e diminuzione dell'acutezza visiva con o senza restringimento concentrico del campo visivo.

Un maggiore interesse clinico hanno le vertigini vere con disturbi dell'equilibrio. Questo sintoma può presentarsi sia spontaneamente ed in genere, specie poco dopo il traumatismo, ogni qual volta l'infermo si muove. Ma esso può esser messo in evidenza oltre che con i ben noti espedienti (prova di Romberg, prove statiche) anche con altri suggeriti da Babinsky e Weil e da Cestan, Descomps e Sauvage (1). La prova di Babinsky e Weil consiste tro ad occhi chiusi: si può avere una deviazione positiva nel senso delle sfere di un orologio o negativa nel senso inverso, una deviazione laterale o movimento di traslazione per modo che andando avanti e indietro il soggetto disegna sul pavimento una stella, una linea spezzata a zig-zag, o una curca. Anche la prova della vertigine voltaica descritta da Babinsky ha molto valore clinico. Quando in un soggetto normale si fa passare una corrente galvanica applicando un polo su ciascun orecchio si ha sempre inclinazione della testa verso il polo positivo. Nei cranio-traumatizzati con disturbi vertiginosi invece si ha: aumento della resistenza all'eccitazione, movimento della testa indietro ed in avanti, ristagno cefalico, inclinazione unilaterale, rotazione unilaterale, talora circumduzione della testa sempre nello stesso senso comunque s'inverta la disposizione dei poli.

4. Oltre l'epilessia jaksoniana in rapporto ad eccitazione corticale della zona motoria si ha un altro genere di *epilessia traumatica*, che si presenta per lo più tardivamente, senza che abbia alcun rapporto con la sede e la diffusione della lesione encefalica. Pare che sia provocata da cicatrici cerebrali. L'epilessia traumatica generalizzata si presenta sotto forma di accessi convulsivi grandi e generali, di piccoli accessi caratteristici per la loro varietà, di disturbi psichici e di fenomeni epilettoidi. Tra questi vanno segnalati la cefalea intensa

(1) VILLARET et FAURE-BEAULIEU. Revue Générale de Pathologie de guerre, n. 3, 1916.

(1) CESTAN, DESCOMPS et SAUVAGE. Paris Médical, n. 23, 1916.

accessionale, la debolezza generale improvvisa e specialmente gli accessi di vertigine. A differenza delle vertigini di cui è cenno nel precedente paragrafo, quelle a carattere epilettico hanno un tipo prettamente accessionale, compaiono senza ragione dimostrabile, nel più completo apparente benessere e possono durare fino a mezz'ora. Sono particolarmente caratteristici quegli accessi di vertigine che sono accompagnati da nausea, vomito, sudorazione, bradicardia, rinorragia, emeresi, brevi perturbamenti della coscienza e sono seguite da sonno sia pur breve.

5. I fenomeni sopra descritti sono spesso accompagnati da *sintomi somatici* che costituiscono la documentazione obbiettiva della sindrome soggettiva.

Nei cranio-traumatizzati la instabilità termica è presso che costante. Si hanno oscillazioni intermittenti e sopra tutto al momento di recrudescenza dei disturbi soggettivi.

Il polso è instabile: le minime emozioni, i minimi sforzi provocano un'accelerazione considerevole. In genere si ha tachicardia. Questa nella posizione eretta è sempre più accentuata che nel decubito dorsale. L'aumento della frequenza del polso segue al primo periodo bradicardico e cede col tempo lentamente come del resto in genere avviene in molti sintomi otopici.

La pressione sanguigna non subisce sensibile modificazioni: talora si ha ipotensione.

L'esame del liquido cerebro-spinale dà: ipertensione, iperalbumillosi e linfocitosi.

I riflessi tendinei sono spesso esagerati.

Talora sono presenti segni di natura organica ma ripartiti senza alcuna sistemazione in modo da fare escludere una lesione a focolaio e far tutt'al più pensare a lesioni e perturbazioni organiche senza sede precisa.

Su una notevole percentuale di casi si ha diminuzione ed anche scomparsa della potenza sessuale.

Del resto tutta la sindrome atopica dei cranio-traumatizzati deve essere messa in conto di una modificazione organica della massa encefalica e di ciò fa fede il reperto del liquor. Al riguardo sono state avanzate varie ipotesi: c'è chi pensa ad un dissesto molecolare diffuso, chi ad aderenze meningee, chi ad una lesione dei seni venosi con il conseguente disturbo circolatorio e c'è chi, infine, vorrebbe mettere tutta la sindrome in rapporto con una lesione labirintica. Vero è che tutte queste ipotesi non si fondano su alcun fatto accertato. Quel che non si può metter in dubbio è che la sindrome ha qualche cosa di particolare che la fa distinguere dalle altre forme sumili nettamente funzionali e che fa ritenere più che probabile la esistenza di un dissesto materiale.

Tuttavia tutta la sintomatologia ha una manifesta tendenza a recredire. Tranne l'epilessia, che in genere compare tardivamente ed è più tenace tutti i sintomi atopici finiscono per scomparire: in genere dopo qualche anno si ha la *restitutio ad integrum* più o meno completa. L'evoluzione clinica dei sintomi diffusi consecutivi ai traumi cranio-cerebrali si può con Mac-Auliffe (1) compendiare così: all'inerzia generalizzata a tutto l'organismo che segue immediatamente allo shok succede uno stato di disquilibrio funzionale del sistema nervoso centrale, disquilibrio che a poco a poco si attenua fino a che l'organismo riprende il suo abituale funzionamento armonico.

G. DRAGOTTI.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulla opportunità della limitazione nell'uso della tintura di jodio

per il cap. med. ARTOM DI SANT'AGNESE V.

Il pacchetto di medicazione individuale distribuito nel nostro esercito contiene accanto alla medicatura preparata una fiala di vetro con pochi centimetri cubici di tintura di jodio. Fiale più grandi, non di vetro ma di ebanite, contenenti una discreta quantità di tintura di jodio, fanno parte del materiale della tasca affidata agli aiutanti di sanità. Di tintura di jodio e di jodio metallico, per prepararne in dose rilevante, sono generosamente dotate tutte le formazioni sanitarie mobili.

E poichè la virtù contemplata della tintura di jodio è essenzialmente la sua virtù antisettica, si può dire in breve che nella preparazione sanitaria della guerra e specie del soccorso di prima linea la tintura di jodio abbia avuto la consacrazione ufficiale di indispensabile antisettico, anzi precisamente di antisettico ufficiale.

Merita la tintura di jodio tanta reputazione e le sue virtù trovano nel *diffuso* impiego a cui è destinata anche l'*esatto* ed *efficace* impiego? Alla prima domanda si deve risponedere di sì senz'altro, purchè venga adoperata con giusto criterio. L'affermazione non ha bisogno di molte parole di commento. Basta ricordare che da anni la grande chirurgia ha universalmente adottato la pennellatura con tintura di jodio o con benzina jodata come unica prepara-

(1) MAC AULIFFE. Paris Médic., 1917, n. 24.

zione del campo operatorio in sostituzione delle complicate pratiche prima in uso. Come nella pratica civile quindi anche nella chirurgia di guerra la tintura di jodio potrà rendere i più segnalati servigi per la sterilizzazione temporanea della cute: e la semplicità e la speditezza consentite dal metodo saranno particolarmente apprezzate qui dove le circostanze fanno di tali qualità un requisito indispensabile.

La sua riconosciuta utilità per la sterilizzazione della cute può dare buoni servigi nelle prime medicature di ferite sterili: perchè, applicata intorno alla lesione, può garentire questa dai germi settici che dalla cute circostante senza tal provvida sterilizzazione potrebbero esservi trasportati.

Sulla ferita stessa è utile l'applicazione di tintura di jodio? Che questa possa essere talora adoperata con vantaggio nelle medicazioni è cosa nota: le virtù lievemente caustiche ed istiogene della tintura di jodio di fresco preparata, sono di nozione così banale che non vi è chirurgo che ad essa non ricorra qualche volta nel medicare delle piaghe granulanti, sebbene si possa aggiungere che sono i chirurgi improvvisati e poco pratici della difficile per quanto modesta arte della medicatura delle ferite, coloro che ricorrono più di frequente a questo rimedio; che spesso anzi fanno consistere tutta la medicazione nell'uso generoso di tintura di jodio. Ma se è efficace talora a stimolare i tessuti torpidi, a scopo antisettico (a prevenire e curare la sepsi) l'applicazione di tintura di jodio nelle ferite non è apprezzata nella pratica: anzi per attenerci alla chirurgia di guerra è stata senz'altro scartata, perchè risultata dannosa a chi la sperimentò (in Francia per esempio) mentre altri antisettici sono stati riscontrati assai più rispondenti allo scopo, quali l'acqua ossigenata, gli ipocloriti, il formolo, ecc.

Possiamo quindi concludere esser ottima la tintura di jodio nella camera operatoria e di medicazione, ottima anche nei posti di medicazione, ottima in poche parole ovunque la presenza della persona dell'arte è garanzia di un adeguato e ragionato impiego.

Vediamo ora in qual modo viene utilizzata la tintura di jodio così profusamente distribuita a persone che hanno per necessità solo una vaga nozione delle sue virtù terapeutiche e delle indicazioni del suo uso, quali sono i soldati di truppa e quelli di sanità. Da tutti costoro è usata come una panacea: non so se ciò sia dovuto alla convinzione che essa possegga davvero la virtù di sanare tutti i mali che si riferiscono alla periferia del corpo, ma è certo che viene utilizzata indifferentemente in ogni circostanza, si tratti di una scorticatura o di una vescica ai piedi, di una ferita o di un dolore reumatico, di una ustione o di una distrazione muscolare, ecc.

Probabilmente questo uso universale è dovuto in gran parte alla ingenua credenza che non vi sia guarigione senza l'applicazione di qualche rimedio: l'unico a portata di mano è la tintura di jodio e questa si adopera. Inoltre di fronte alla convinzione universalmente diffusa della utilità di un largo uso della tintura di jodio niun aiutante di sanità, anche se bene addestrato nel suo servizio, si sentirà di rifiutare il sussidio della preziosa boccetta a scanso di passare per ignorante o trascurato o dispettoso. E poi la fiala di ebanite, che egli ha in consegna, rappresenta una superiorità dell'aiutante sugli altri soldati, i quali non son soliti riconoscere molti meriti ai militi di sanità. Come potrà questo minimo ministro d'Igea rifiutare alla propria vanità la soddisfazione di mostrare quanto più spesso può questa sua speciale autorità? Aggiungasi che l'applicazione della tintura di jodio brucia e lascia sulla pelle un bel colore, due fatti che colpiscono la fantasia degli ignoranti e possono valere quali elementi indiscutibili della efficacia del rimedio, mentre essi di rado sapran giudicare, pur soffrendone, di una fasciatura mal fatta o di una stecca o di un laccio male applicati.

V'ha in più, che è credenza diffusa tra gli uomini e non solo tra gli ingnoranti, che dove *uno* giova, *due* gioverà del doppio, il che porta a replicare l'applicazione più di una volta.

Questo già fanno i feriti stessi con la fiala a loro disposizione, ma accade poi che nei non scarsi e successivi smistamenti, spostamenti e sgomberi dei nostri feriti, ognuno dei quali comporta la rimozione della medicatura, si verifichi in un paio di giorni più e più volte lo stesso procedimento sinchè il ferito giunga a destinazione.

Le conseguenze si possono prevedere e le conoscono tutti quelli che hanno avuto occasione di vedere gran numero di feriti giungere negli ospedali contumaciali o territoriali prossimi alla zona di operazione.

Sovente le lesioni son di minimo conto mentre la irritazione prodotta intorno dallo jodio supera di gran lunga l'importanza della ferita stessa.

Altre volte l'applicazione generosa non sui margini e contorni, ma proprio sulla ferita ha portato una necrosi superficiale con la formazione di un'escara o di una sottile trama di albumina coagulata, che mentono una onesta cro-

sta e sotto la cui protezione i germi hanno un'ottima occasione di pullulare magari intorno ai frammenti di tessuto grigio-verde che con loro sono ivi nascosti.

Un lavoro di Vesaux (*Presse médicale*, n. 18, 1916), studia appunto le dermo-epidermiti determinate dai microbi della piaga che si sviluppano sui tegumenti lesi dagli antisettici, in primo luogo dalla tintura di jodio; lesioni cutanee che talora perdono anche il carattere locale per dar luogo a lesioni diffuse o secondarie a distanza.

Non tacerò delle alterazioni dei margini delle ferite che l'irritazione chimica replicata rende talora duri e callosi e ostacolanti la pronta epitelizzazione.

Giova qui ricordare che la tintura di jodio dopo non molto tempo dalla sua preparazione in contatto dell'aria dà luogo alla formazione di acido jodidrico i cui effetti irritanti sono assai più pronunciati di quelli dovuti alla tintura di jodio fresca. Ora le fiale degli aiutanti di sanità, come le boccette dei caricamenti, favoriscono tutti questi incovenienti.

Ma ad altri scopi meno onesti, almeno nella intenzione, che non sia la cura delle ferite, si presta pure la tintura di jodio.

La proprietà di ledere i tessuti non è sfuggita alla perspicacia del soldatino che talora nella penosa vigilia della trincea invoca la fortuna di una piccola malattia, che gli consenta senza grave danno qualche settimana di più comoda e sicura vita. E così accade che per esempio, più di una vescichetta ai piedi conquistata nelle marce per andare in linea e amorosamente coltivata con la fida tintura, riesce a metter fuori di combattimento pur evitando il medesimo. Se si volessero ricercare con qualche diligenza le giornate di spedalità che la tintura di jodio procura e il numero di uomini validissimi che sottrae per settimane e settimane al servizio attivo, ed in particolar modo quando fervono le azioni di guerra, non dubito che si troverebbero delle cifre sorprendenti.

Ora la utilità che si trae dalla fiala annessa al pacchetto di medicazione è lungi dall'essere tale che questa si debba giudicare indispensabile. L'applicazione intorno alla ferita asettica è di consueto scorrettamente eseguita e i danni si equivalgono probabilmente ai vantaggi, e poi di ferite asettiche ve ne sono poche assai, mentre la enorme maggioranza è di ferite infette sin dal principio.

Non si può seriamente supporre che la tintura di jodio frettolosamente applicata possa anche in minimo grado modificare le condizioni di sepsi determinate dal corpo feritore, dai frammenti di abito, dalla terra, ecc. ecc., che saran venute a contatto con i tessuti dilacerati e cruenti. Mentre, oltre gli altri danni suddetti, uno in più se ne può aggiungere: la falsa sicurezza « che fu già fatto quanto era necessario di fare ».

Aggiungiamo un'altra considerazione che non è certo trascurabile. A parte il costo delle fiale, specie quelle di ebanite facilmente guaste, costo oggi di sicuro non indifferente, jodio, joduro e alcool non sono neppure essi articoli a buon mercato, specie i primi due, la cui produzione non è nazionale. Prima della guerra, se non erro, un emporio dello jodio era Anversa. Altro sarà attualmente il luogo di rifornimento nostro, Olanda o Inghilterra, ma di sicuro il prezzo è più che sestiplicato.

Concludendo: utile la tintura di jodio, come fu detto, negli ospedali, utile anche nei posti di medicazione, dovunque di fatto debba venire usata da persona che sa adoperarla, mi pare che sia o sprecata o dannosa nel pacchetto di medicazione e nella massima parte dei casi nelle tasche di sanità; causa frequente di non trascurabili complicanze di lesioni per sè poco importanti, mezzo anche più frequente di volontaria produzione e aggravamento di altre lesioni, e facile tentazione per il soldato a frodi vergognose.

Se si consideri anche il dispendio relativo e le complicazioni a cui darebbe luogo il sostituirla o il rinnovarla quando è invecchiata — e questo sarebbe doveroso fare, perchè un medicamento imperfetto non si deve lasciare in circolazione — mi pare giustificato proporre la riduzione dell'uso nei limiti oltre i quali il vantaggio problematico è soverchiato dal danno sicuro.

Dall'Ospedaletto da campo n. 43.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sifilide e reumatismi.

Di questo argomento si sono recentemente occupati Loeper, Bergeron e Vahram, i quali, nello spazio di 5 mesi, hanno osservato 41 casi di reumatismo di origine sifilitica, od almeno svoltosi in terreno sifilitico. In tutti questi malati, la maggior parte militari, la sifilide era svelata non solo dalla esistenza di un accidente primitivo di antica data, dalla presenza di indubbie manifestazioni sifilitiche, dal risultato della W. R., ma anche dalla efficacia della cura specifica. In questo gruppo gli autori non comprendono le artropatie sifilitiche, o tabetiche, ma soltanto le forme che assumono il tipo clinico delle artropatie banali, o del reumatismo poliarticolare subacuto, o cronico.

Il reumatismo sifilitico assumerebbe sei forme principali:

a) la forma artralgica, nella quale dominano i dolori vaghi, senza deformazione articolare, od ossea dimostrabile e senza reazione nervosa, o nevritica;

b) la forma di artriti poliarticolari, con tumefazione delle articolazioni, con possibile partecipazione dei legamenti, o dei tendini periarticolari, con o senza reazione febbrile;

c) la forma di idrartrosi uni- o bilaterale del ginocchio, con o senza ispessimento sinoviale;

d) la forma di tumore bianco della spalla o del ginocchio, con o senza ipertrofia ossea, disturbo funzionale notevole e dolori di solito meno vivi che nella tubercolosi;

e) la forma di artrite secca con crepitazione;

f) la forma di reumatismo deformante, con il tipo in flessione od in estensione, ed anche con la retrazione dell'aponevrosi palmare.

La proporzione nella quale furono osservate le varie forme fu la seguente: Forma artralgica 4 su 41 casi, artrite poliarticolare 8, artrite monoarticolare in forma di tumore bianco 3, idrartrosi 5, artrite secca 11, reumatismo deformante 10. Di questi malati, 19 confessavano la sifilide, 2 sembravano eredo-sifilitici, 20 negavano qualsiasi contagio: in tutti fu positiva la W. R.

Dal fatto che un reumatico è sifilitico non risulta fatalmente che il suo reumatismo sia di origine sifilitica, potendo egli ammalare di reumatismo banale come qualsiasi altro individuo. Però, secondo gli AA., presenterebbe fatti reumatici appunto perchè sifilitico. I disordini della nutrizione, l'alimentazione del soldato in campagna, i traumatismi di ogni genere, le fatiche, il freddo, l'umidità hanno certo favorita la insorgenza di queste artriti e di questi reumatismi, i quali probabilmente non si sarebbero sviluppati senza la sifilide: così deve infatti ritenersi, sia perchè nessun'altra causa ben precisa poteva invocarsi, sia per i risultati della cura.

È interesante, in mancanza di reperti anatomo-patologici, di rilevare il reperto dell'esame di una idrartrosi di apparenza banale, la cui natura sifilitica fu riconosciuta più tardi: il liquido chiaro conteneva il 30 % di albumina, una piccola quantità di fibrina, numerosi linfociti, qualche globulo rosso ed un piccolo numero di cellule endoteliali: la ricerca del bacillo di Koch e l'inoculazione nella cavia furono negative ed il liquido, al pari del siero di sangue, dette positiva la W. R.

D'altra parte i risultati della cura specifica elimina qualsiasi dubbio. Fu difatti impiegato efficacemente il novarseno-benzolo per via endovenosa, il biioduro di mercurio, lo sciroppo di Gilbert, ecc. Qualche caso parve resistere allo ioduro ed al biioduro di mercurio: gli AA. associarono allora lo zolfo ed il mercurio, usando soluzioni contenenti 1 milligr. di zolfo e mercurio colloidale in fiale di 2 cmc. Un miglioramento si ebbe in 17 casi su 20, la guarigione completa in 5; in 3 malati non si ebbe alcun risultato.

L'influenza della cura solfo-mercuriale fu specialmente manifesta nelle forme artralgiche, od artritiche, e si esplicò con la diminuzione, o la scomparsa delle tumefazioni e dei dolori: nei casi di reumatismo deformante scomparvero taluni ispessimenti periarticolari e si attenuarono i fatti dolorifici. Questa cura è in generale bene tollerata, esplicherebbe anche un'azione cardiotonica, non provoca spiccata ipertensione, non albuminuria; la reazione febbrile è di solito lieve e passeggera. P. C.

TERAPIA.

Considerazioni sulla terapia medica e chirurgica dell'ulcera peptica.

In generale, secondo J. N. Hall (*Medical Record,* 1 sett. 1917), si deve concedere con maggiore larghezza il trattamento medico nelle ulcere gastriche anzichè nelle duodenali in cui sono più temibili i pericoli di emorragia e di perforazioni. Anche lo stato del paziente deve

influire sulla decisione, facendo propendere per il trattamento chirurgico negli individui costretti a guadagnarsi la vita col lavoro giornaliero.

Vantaggi del trattamento medico. — 1° Si evitano i pericoli immediati dell'atto operativo e quelli provenienti dall'anestesia; 2° si evitano i pericoli di ulcere digiunali tardive, adesioni postoperative, ernia ventrale, ecc.; 3° spessissimo il paziente può, durante la cura, attendere alle sue occupazioni; 4° si evitano i dolori postoperativi ed il senso di molestia addominale, insopportabili per molti individui sensibili.

Vantaggi del trattamento chirurgico. — 1° La conoscenza precisa dell'affezione da trattare, in quanto che non infrequentemente vengono diagnosticate come ulcere peptiche altre diverse malattie, come appendicite cronica, calcoli biliari, adesioni in corrispondenza della cistifellea, gomme del fegato, ecc.; 2° talora è possibile trovare invece dell'ulcera un carcinoma gastrico incipiente e quindi curabile; 3° anche se la diagnosi di ulcera è esatta, la possibilità di complicazioni conferisce maggiore utilità all'atto operativo; 4° si evitano le possibili ulteriori complicazioni dell'ulcera (carcinoma, stenosi pilorica, aderenze, perforazioni, stomaco a clessidra, ascesso subfrenico, ecc.); 5° Con la prontezza dell'operazione chirurgica, si ha il vantaggio di tagliar corto alle lungaggini della cura medica.

Svantaggi del trattamento medico. — 1° Incertezza di diagnosi, a cui già si è accennato; 2° frequente fallacia del trattamento medico, con probabilità di ricadute; 3° pericolo di perforazione; 4° possibilità che il paziente divenga invalido, per prostrazione nervosa, nefrite cronica, arteriosclerosi, morfinomania, ecc.; 5° timore che si sviluppi un carcinoma; 6° possibilità di complicazioni da cui dipende quasi tutta la mortalità nelle ulcere peptiche.

Svantaggi del trattamento chirurgico. — 1° Pericoli dell'operazione e dell'anestesia; 2° susseguente sviluppo di aderenze, ernie ventrali, ecc.

Volta per volta tutti questi criterî vanno vagliati, in modo da permettere nell'interesse dell'infermo la migliore soluzione. I. P.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le funzioni della prostata.

La prostata consta di tessuto ghiandolare, connettivo, muscolare liscio a disposizione circolare e longitudinale, ed è provvista di numerose cellule nervose. Fra le congetture fatte sulle sue funzioni vi è quella che essa abbia la proprietà di sfintere della vescica, ciò che è stato recentemente negato da G. Walker, secondo il quale la musculatura prostatica serve ad espellere la secrezione glandolare. Le ricerche di Marshall avrebbero poi dimostrato che le fibre muscolari prostatiche, contraendosi durante l'ejaculazione, versano la secrezione nell'uretra ed aiutano la propulsione del liquido seminale.

Per gli effetti suscitati da varî medicamenti, la prostata è paragonabile ai vasi deferenti ed alle vescicole seminali; analogamente ad altre porzioni dell'apparato genitale interno, essa possiede una innervazione motrice simpatica e parasimpatica.

Anche la funzione della secrezione prostatica è tuttora insoluta: è stato osservato che gli spermatozoi, che sono immobili nei tubuli seminiferi e nei testicoli, diventano mobili nei vasi deferenti, o quando sono mescolati al liquido prostatico; sembra poi che l'ablazione della prostata e delle vescicole seminali impedisca la possibilità di una fecondazione, anche rimanendo i testicoli apparentemente intatti.

(*Journ. of. Am. med. Assoc.*, 17 *febbr.* 1917). I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(909) *Tubercolosi ossea ed elioterapia.* — Al dott. C. P., Firenze:

Le dosi dell'adrenalina per gli adulti sono di 30-60 goccie al giorno, suddivise in parecchie riprese; per i bambini di 6-8 anni 20-25 goccie. È bene incominciare con dosi piccole, saggiando la tolleranza individuale, verificandosi talora dei fenomeni spiacevoli che possono impressionare l'ammalato. FIL.

(910) *Cura degli ipritici.* — Al dott. D. R.:

Troverà prossimamente riassunto un lavoro in proposito. Oltre alle prescrizioni ufficiali ci sembra si possano applicare i soliti rimedi delle ustioni. Chi scrive ha ottenuto nelle lesioni cutanee buoni risultati con l'ambrina; durante il periodo di cicatrizzazione si possono verificare forti dolori lancinanti. FIL.

(911) Al dott. F. P.:

Nel trattato sulla malaria del prof. Ascoli (pagine 443 e segg. 582 e 603) ella potrà trovare accennata la questione che le interessa; vi sono anche indicazioni bibliografiche al riguardo. INDEX.

(912) Al dott. L. B., Milano:

Non conosciamo dizionarî medici inglese-italiano, nè crediamo ve ne siano. INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

GATTI GIACINTO. *La fisiopatologia del timo.* Un vol. in-8° di oltre 230 pag. con diverse radiografie. (Stab. tipografico N. Jovene, Napoli).

Solo in questi ultimi tempi si sono venuti sviluppando gli studi sul timo, che hanno gettato un po' di luce sul significato di questa ghiandola nella fisio-patologia. Al contrario però delle altre ghiandole a secrezione interna, la clinica è stata finora incapace di soccorrere la fisio-patologia, per cui le sindromi timiche appaiono ancora alquanto nebulose: in esse il timo ha una parte prevalente, ma non unica, mentre vi contribuiscono le altre ghiandole endocrine.

L'importanza, poi degli studî sul timo risulta evidente, quando si pensi che ad esso debbono attribuirsi molte morti improvvise di cui sono stati incolpati il salvarsan e la narcosi.

L'A., dopo avere esposto le necessarie nozioni di anatomia, embriologia e fisiologia, tratta largamente la patologia ed i sussidî terapeutici forniti dalla chirurgia, dai raggi X, e dall'opoterapia. *ini.*

C. SPADA. *Avitaminosis y Monofagismo.* Buenos Aires, 1917.

È una buona monografia che esce dall'Ospedale Italiano di Buenos Aires, in cui l'A. dopo una chiara esposizione dello stato odierno della questione, riporta i risultati dei suoi esperimenti atti a dimostrare l'importanza delle vitamine dal punto di vista del ricambio. Interessanti sono le sue osservazioni sperimentali sulla polinevite degli uccelli e sullo scorbuto delle cavie, sia dal punto di vista fisio-patologico che istologico. Anche la parte della letteratura sullo scorbuto, sulla pellagra e sul beriberi (che vengono oggi considerati come avitaminosi) è svolta abbondantemente; sicchè la monografia dello Spada si consiglia a chi vuole avere un'idea completa sull'argomento. R.

VARIA.

La cenere del tabacco.

Burral rammenta nel « Chemical News » che in media la cenere del tabacco fumato nelle diverse forme usate rappresenta il 30 per cento della foglia bruciata, e contiene il 20 per cento di potassa e 5-6 per cento di anidride fosforica; ora, se i tenitori di alberghi e trattorie operassero una raccolta sistematica delle ceneri di tabacco, egli opina ch'essi renderebbero un servizio al paese rispetto al problema della potassa e procurerebbero un utile a sè stessi...

Infatti si ha:

un sigaro di 6,9 gr. darebbe 2,1 gr. di cenere con 0,42 di potassa;

una sigaretta di 1,75 gr. darebbe 0.55 gr. di cenere con 0,11 gr. di potassa;

una carica di pipa di 1,65 gr. darebbe 0.52 gr. di cenere con 0,10 di potassa.

Inoltre da alcune prove sistematiche risulta che:

cenere e residui di tabacco della sala da fumo di un circolo raccolti per 8 giorni pesavano 276 gr.;

cenere e residui di tabacco da una galleria di un albergo raccolti per 4 giorni pesavano 369 gr.;

cenere e residui di tabacco da un grande ristorante raccolti per tredici giorni pesavano 1,13 kg.;

cenere e residui di tabacco da un teatro di varietà raccolti in un quarto della sala e per una rappresentazione pesavano 113 gr.

Nell'anno fiscale 1913-14 furono importati nel Regno Unito 44.580.823 kg. di tabacco e si consumarono 603.759 kg. di sigari importati; ciò darebbe un consumo complessivo di 45.241 t., le quali rappresenterebbero 13.573 t. di cenere con 2.715 t. di potassa che computate come kainite al 12,5 % rappresenterebbero 21.718 t. di questa, per un valore al prezzo normale di L. 52,70 per t., di lire oltre un milione e un quarto di lire; è da notare che attualmente i prezzi sono triplicati...

(Dal *Boll. chim.-farm.*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

RONCHETTI VITTORIO. Normale formazione di agglutinine specifiche nel siero di sangue di una leucemica affetta da enterocolite paratifica B. — Milano, 1916.

BOSCHI GAETANO. La neuropsichiatria e la guerra. — Ferrara, 1916.

MILANI EUGENIO. L'indagine röntgenologica del cranio nel campo della oto-rinologia. — Roma, 1916.

GALLIA CARLO. Prostituzione (Cause e profilassi). Recanati, 1916.

MARMO SERAFINO. Un'antica cura del favo. — Napoli, 1916.

ALAIMO LIBERTINO. Malattie oculari simulate e provocate. — Palermo, 1916.

LERDA G. Contributo alla conoscenza delle suppurazioni da benzina. — Roma, 1916.

BILANCIONI GUGLIELMO. Alterazioni anatomiche delle prime vie aeree e digerenti da « gas asfissianti ». — Napoli, 1916.

CUERVO ANGEL M. Lepra. — Montevideo, 1916

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In difesa della stampa medica.

La stampa medica attraversa una vera crisi. La scarsezza e l'alto costo della carta ne minacciano l'esistenza. Parecchie riviste durante il periodo della guerra hanno sospeso le pubblicazioni, altre hanno dovuto ridurre sensibilmente il numero delle pagine.

Il Governo per assicurare la continuità della stampa politica ha emanato a varie riprese opportuni provvedimenti: è stato imposto a tutti i giornali l'aumento del prezzo di abbonamento e di ogni copia e, quel che è più, si è concessa la carta a prezzi speciali, a 75, 85 e 90 lire al quintale.

Che cosa si è fatto per la stampa scientifica in genere e per quella medica in ispecie? Nulla o peggio che nulla: si è semplicemente imposta una diminuzione del numero delle pagine.

Non si vuol disapprovare l'opera del governo per avere favorita la pubblicazione della stampa quotidiana: necessità politiche di straordinaria importanza suggerivano qualsiasi provvedimento perchè essa non fosse strozzata.

Ma questa considerazione non può trattenere nel fare giudicare incompleti e non equi i provvedimenti presi.

Mentre il governo si è preoccupato anche di alcuni piccoli periodici settimanali a carattere ameno equiparandoli ai giornali politici per il trattamento di fornitura della carta e del rispettivo prezzo di favore, ha completamente abbandonata a sè stessa la stampa medica.

Certo non è pretenzioso affermare che questa ha, e specie in questo momento, una importanza per lo meno non inferiore a quella politica. Le riviste mediche provvedono a diffondere nel corpo sanitario i risultati delle osservazioni cliniche e terapeutiche fatte presso il nostro esercito e presso quelli degli alleati ed anche dei nemici. La guerra offre con tragica generosità un'enorme quantità di materiale di studio, e nello stesso tempo richiede che siano sfruttati con la maggiore intensità e diffusione possibile tutti gli espedienti terapeutici per lenirne ed attenuarne le conseguenze.

Durante i quattro anni di guerra la terapeutica sia medica che chirurgica ha subito notevoli innovazioni: molti provvedimenti non hanno resistito alla prova della larga applicazione, molti si son dovuti abbandonare, parecchi hanno dovuto essere corretti, modificati, molti trattamenti nuovi sono stati introdotti. I giornali di medicina occupano ora tutto il loro spazio per esporre, discutere questi nuovi risultati della pratica di guerra e per indicare modificazioni, riforme dell'organizzazione dei servizî sanitarî militari. E solo mercè la stampa il lavoro dei pochi può essere conosciuto e sfruttato dai molti con gli effetti che può comprendere chi giustamente intende l'opera proficua del servizio sanitario non solo per sentimento di umanità ma per i suoi effetti sulla condotta stessa della guerra.

L'importanza della stampa medica è convenientemente apprezzata all'estero. In America, in Inghilterra, essa non ha mai alterato il suo ritmo normale. In Francia dopo la breve crisi consecutiva alla mobilitazione generale ha ripreso le sue pubblicazioni regolari se non con maggiore incremento. *In Germania lo Stato paga la metà delle spese di carta per i giornali e le opere di medicina.*

In Italia, come si è detto, oltre i giornali quotidiani, sono stati beneficiati dei provvedimenti governativi solo due o tre giornali settimanali di carattere ricreativo. Il governo italiano ha creduto più conveniente aiutare finanziariamente alcune stampe dove si addestra il pubblico nella compilazione di cartoline umoristiche e si raccontano fiabe per bambini, e non sostenere la vita di quelle riviste che suggeriscono ai medici nuovi procedimenti per ridurre le mutilazioni, per ridare la salute ai nostri combattenti. Certo questi giornali ameni, hanno anche la loro importanza perchè costituiscono uno svago per i nostri soldati e valgono a colmare in parte le lunghe e tediose giornate della vita di campo, di trincea e di ospedale. L'averle aiutate costituisce un provvedimento che fa onore al tatto politico dei nostri governanti: la vita psicologica del soldato va tenuta nel massimo conto. Ma ciò non assolve dalla trascuranza di una stampa ancora più utile. Gli è che nella mentalità dei dirigenti non è ancora fatto un degno posto alla importanza del servizio sanitario. Tutto quello che si riferisce a questo servizio è considerato come accessorio se non come qualche cosa di superfluo e di lusso.

Eppure l'esempio della Germania è significativo e istruttivo. Là tutto ciò che riguarda l'organizzazione sanitaria è oggetto di cura assidua da parte del governo: e gli effetti giustificano questa cura. Come già si è detto, là la stampa medica vive di vita prospera come nei tempi di pace. Le riviste si pubblicano ancora tutte regolarmente, senza diminuzione nel numero delle pagine, senza riduzione di formato,

con carta buona. E ciò perchè il governo accorto e conscio della importanza della stampa sanitaria l'ha aiutata contribuendo a pagare metà della carta. Da noi, dove già in tempo di pace la stampa scientifica non viveva di vita prospera, dove la esistenza di periodici medici si doveva, come si deve, allo sforzo di pochi audaci, la diffusione della scienza proprio nel momento in cui più era preziosa e più difficoltà incontrava, è stata abbandonata a sè stessa. E ad essa non è stato neppure fatto quel trattamento di cui gode altra stampa, che pur si regge su tante altre risorse.

Il trattamento è tanto più iniquo in quanto che la spesa necessaria per aiutare la stampa medica, che ha una tiratura notevolmente inferiore a quella dei giornali quotidiani e delle beneficiate riviste settimanali voluttuarie, sarebbe comparativamente minima. E questa considerazione fa pensare che le riviste di medicina non siano state trascurate di proposito: esse sono state dimenticate.

Sappiamo che l'illustre professore Morselli, benemerito Presidente della Sezione medica dell'Associazione della stampa scientifica italiana, ha redatto al riguardo un memoriale, e che il prof. Ascoli, membro della Giunta di detta Associazione, lo ha consegnato al Ministro della Industria, appoggiandolo validamente.

Più che la speranza esprimiamo la fiducia che le ragioni della stampa medica saranno riconosciute giuste e che anche per essa si provvederà in modo conveniente. P.

SERVIZI SANITARI.

Il decreto per la revisione degli Ufficiali inabili.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica un decreto col quale l'elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di inabilità assoluta o temporanea al servizio militare sia degli iscritti di leva che dei militari, viene applicato agli ufficiali.

L'inabilità assoluta o temporanea degli ufficiali alle fatiche di guerra, ossia al servizio militare incondizionato, e la loro assegnazione, permanente o temporanea, ai servizi territoriali o sedentari, saranno stabilite a giudizio delle autorità sanitarie in relazione al servizio che gli ufficiali sono chiamati a prestare nelle varie armi, corpi e specialità. Gli ufficiali affetti da ernia inguinale riducibile e contenibile saranno considerati idonei al servizio incondizionato.

Il Ministro della Guerra ha facoltà di sottoporre a nuovi accertamenti sanitari, secondo le norme che saranno da esso stabilite: gli ufficiali di qualsiasi arma, corpo e categoria appartenenti a classi di leva soggette ad obblighi di servizio militare che siano stati dichiarati in qualunque tempo permanentemente inabili a qualsiasi servizio militare o permanentemente inabili al servizio incondizionato; gli ufficiali di qualsiasi arma, corpo e categoria di cui agli art. 8, 20 e 21 della legge 2 luglio 1896 sull'avanzamento del R. Esercito, che pur non appartenendo a classi di leva soggette ad obblighi di servizio, non abbiano però superati i limiti di età ivi stabiliti e che siano stati dichiarati posteriormente inabili al servizio militare incondizionato.

Gli accertamenti sanitari saranno compiuti dai collegi sanitari che saranno designati, per ogni corpo d'armata, dal Ministro della Guerra e sul funzionamento di tali collegi il decreto dà speciali norme.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici di Porto Maurizio. — Per lo stato di profonda sonnolenza e di negatività in cui trovasi l'Ordine dei Medici della Provincia di Porto Maurizio, dalla morte del compianto suo Presidente dott. cav. Altichieri, con decreto del Prefetto in dato 9 corr. veniva nominato *Commissario Prefettizio* dell'ordine stesso l'esimio dott. cav. uff. Teodoro Fischetti, «*con mandato di procedere all'organizzazione dell'Ordine e curarne il funzionamento fino a che possa aver luogo la regolare elezione del nuovo Consiglio di amministrazione*».

Ci congratuliamo sinceramente col valente sanitario, per l'alta prova di stima ricevuta, certi che col senno suo ed attività saprà apportare molto bene all'Ordine dei Medici della sua Provincia. M.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7101) *Armadio farmaceutico - Compenso.* — Dott. Abbonato 8277. — Avendole il Comune affidata la gestione dell'armadio farmaceutico, deve corrisponderle il relativo assegno, giacchè tale gestione non è compresa nel servizio di condotta e coperta dallo stipendio che percepisce il titolare. Ne faccia formale istanza al Consiglio comunale perchè si pronunzi sull'argomento, tenuto anche presente che pel primo semestre il pagamento fu liberamente eseguito e, qualora si abbia esito negativo, impugni il relativo deliberato presso il Prefetto della Provincia sostenendo il suo buon diritto ad essere pagato per un servizio che presta, affatto estraneo a quello ordinario della condotta.

(7103) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. F. da F. — Non ostante presti servizio, oltre che al Comune, anche all'ospedale dipendente dalla locale Congregazione di Carità, non può ottenere che una sola indennità caro-viveri, cioè, quella che già attualmente riscuote. Stando a quanto dispone il relativo D. L. anche prestando servizio presso due Comuni, tale unica indennità avrebbe dovuto essere ripartita fra i due enti presso cui prestava servizio, in proporzione dello stipendio che ognuno di esso Le corrispondeva.

(7104) *Indennità caro-viveri - Comune terremotato - Diritto quesito.* — Dott. abbonato 3865. — La

deliberazione di codesto Consiglio comunale con cui, nei primi mesi del 1917, si concedeva agli impiegati dipendenti la indennità caro-viveri di lire 30 mensili senza distinzione di stipendio fu modificata dalla successiva decisione che, trattandosi di un Comune terremotato, fu più tardi emessa dal Ministero dell'Interno e con la quale la predisposta indennità fu ridotta a lire 24 mensili. Alla pubblicazione del D. L. del 26 luglio dello stesso anno N. 1181 il Comune corrispondeva ai proprii impiegati appunto lire 24, così come era stabilito dallo articolo 1. Così chè, la disposizione dello articolo 2, con cui rimanevano ferme le maggiori concessioni che alla data della pubblicazione del Decreto erano già state deliberate dai Comuni e regolarmente approvate, non trova applicazione in codesto Comune ove, anche per effetto di precedenti deliberazioni approvate, non si corrispondeva cifra superiore.

(7105) *Cura abbienti - Ricchezza mobile.* — Dott. I F. da N. — Il contratto stipulato nel 1913 con l'amministrazione comunale per la cura delle persone abbienti è tuttora valido, non ostante l'attuale stato di guerra. L'accresciuto reddito da parte dello Agente delle imposte a riguardo della cura delle persone agiate non deve, a nostro avviso, consigliarla a smettere l'esercizio professionale libero, tanto più che chi esercita, sia pure pei soli poveri, non può nei casi urgenti rifiutarsi alla prestazione. Se a Lei sembra eccessiva la tassazione fatta, ricorra nei modi legali alla Commissione locale ed, occorrendo, alla Provinciale. Non Le sárà difficile dimostrare innanzi a tali consessi l'erroneità di calcoli fatti ed ottenere una più equa tassazione rispondente al reddito reale che detrae dal suo esercizio.

Questa è l'unica via che Le è aperta, mentre, come dicemmo, non potrebbe senza pericolo di incorrere in giudizio, diniegarsi alla osservanza del contratto, a suo tempo, stipulato con l'amministrazione municipale.

(7106) *Indennità caro-viveri - Pensioni.* — Dott. G. B. da S. A. in G. — Il Decreto Luogotenenziale del 26 luglio p. p. N. 1181 parla di stipendio e non di cumulo di assegni. Percependo Ella lo stipendio di lire 1500, ha diritto alla indennità caro-viveri di lire 30 e non di lire 24 mensili. L'assegno dello ufficiale sanitario in lire 200 annue non è stipendio e perciò non può essere cumulato con quello allo scopo di diminuire l'ammontare della indennità che Le compete. Qualora il Comune si ostina a corrisponderle solo lire 24 reclami pure alla G. P. A. allegando la suesposta ragione che è desunta dalla parola della legge. Non si può ottenere indennità riversibile alla vedova in caso di morte dello incritto prima del compimento del decennio di inscrizione, perchè la condizione della inscrizione decennale, è richiesta come condizione essenziale di qualsiasi trattamento di riposo.

(7107) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. D. D. da C. — Dal momento che Ella disimpegna il servizio di due condotte nel medesimo Comune, non ha diritto che ad una sola indennità caro-viveri e perciò non crediamo che sia il caso di avanzare analoga domanda al Consiglio comunale.

(7109) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da R. T. — Percependo complessivo annuo stipendio di lire 3300, di cui 300 non cumulabili perchè riscosse per ufficio che ricopre in via assolutamente precaria per l'assenza temporanea del titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri nella misura di lire 24 mensili.

(7110) *Esonero ed avvicendamento dei medici condotti.* — Dott. P. T. da V. — Essendo Ella della classe 1882 ed essendo stata nominata titolare di codesta condotta fin dal 1910, cioè, prima dello inizio della guerra, potrebbe ottenere di rimanere nel proprio Comune sempre che la di lei opera fosse riconosciuta indispensabile ed insostituibile ed, in seguito a visita medica, fosse dichiarata permanentemente inabile alle fatiche di guerra. Ciò in relazione al disposto dello articolo 2, lettera *B*, del D. L. del 9 dicembre 1917, n. 1985.

Per ottenere la dispensa devesi presentare al Ministero della Guerra un certificato di codesto sindaco dal quale risulti il possesso dello impiego, che è riconosciuto come titolo della medesima.

Bisognerà poi attendere la decisione del Ministero. L'interino che lo ha sostituito non potrebbe aspirare allo esonero perchè avendo occupato il posto dopo la sua partenza, non potrà certamente dimostrare di essere stato nominato prima dello inizio della guerra.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8400:

La promozione a capitano dei tenenti effettivi con anzianità 1° maggio 1916 non è stata ancora iniziata.

Non si può prevedere quando avverrà.

Al dott. T. D. C. da P.:

Se il materiale letterecciò che il collega possedeva gli venne requisito da un Ospedaletto da campo, egli potrà sempre provare tale requisizione e ripeterne il compenso dall'Amministrazione militare.

All'abbonato n. 1315:

Non è improbabile che alla nuova visita degli ufficiali riformati debbano rispondere anche i medici riformati di classi anteriori al 1874. Nulla però è stato ancora pubblicato in proposito.

Al dott. L. C., Zona di guerra:

Anche quest'anno si provvede al congedo temporaneo per un certo numero di aiuti di clinica.

Detto personale può esser considerato come dipendente da una pubblica amministrazione in rapporto al nuovo decreto per gli esoneri.

All'abbonato n. 7623:

Non è probabile, data la infermità da cui è affetto, che ella venga fatto idoneo a incondizionato servizio. È più probabile venga assegnato ai servizi sedentari. Se fatto idoneo a condizionato servizio può aspirare alla promozione purchè abbia fatto quattro mesi in zona di guerra.

Non è escluso che Ella possa ottenere l'esonero, ma occorre che tale esonero venga richiesto dalla competente autorità prefettizia.

All'abbonato n. 4012:

Circa il primo quesito il collega ha ragione di reclamare e potrà farlo indirizzando il suo espo-

sto al Ministero della guerra (Direzione generale servizi logistici amministrativi, Divisione assegni).

Circa il secondo quesito però è in errore se reputa che la piazza marittima di Brindisi sia considerata *Zona di guerra.*

L'anno deve essere trascorso al fronte e con truppe mobilitate per essere considerato come anno in zona di guerra.

Al prof. E. P. da V.:

La signora del collega prigioniero di guerra dovrà, onde percepire la metà degli assegni che le spetta, farne domanda al Ministero della guerra (Direzione generale servizi logistici amministrativi, Divisione assegni).

Al dott. A. B. da R.:

Un medico, come del resto qualsiasi altro cittadino, che abbia subìto delle condanne per colpe del genere di quelle accennate dall'interrogante, non può vestire la divisa di ufficiale.

Nessuna disposizione però stabilisce che egli non possa prestar servizio come soldato in una compagnia di sanità.

Al dott. D. D. I.:

Allo scadere dei tre mesi di congedo il collega dovrà presentarsi alla Direzione di Sanità del proprio corpo d'armata che lo sottoporrà, se ne è il caso, a nuova visita collegiale a Bari.

All'abb. n. 7981:

Se la anzianità non è indicata nel Bollettino, essa corrisponde per sólito alla data del decreto di nomina.

La sua anzianità è quindi quella del 18 maggio 1916.

Al dott. G. C. da C.:

Il Decreto di cui parla il collega non è più in vigore quest'anno, date le nuove contingenze della guerra.

E' probabile però che il Ministero dia presto delle nuove disposizioni in proposito, onde disciplinare l'importante quesito.

All'abb. n. 521:

La dispensa ai padri di 4 o più figli riguarda soltanto i *militari di truppa* e quindi non può giovarsene il collega, il quale, cessando il suo esonero, verrà nominato ufficiale di autorità. (Decr. 21 aprile 1916).

All'abb. n. 9224:

Solo se l'Ispettorato di Sanità militare abbia confermato il giudizio del Direttore di Sanità, in contradizione di quello del collegio medico, si può ammettere che il collega abbia dovuto riprender servizio.

Se tale giudizio dell'Ispettorato non è avvenuto, egli può sempre reclamare contro le decisioni del Direttore di Sanità.

Al dott. G. B. B. da R.:

La domanda in questione può essere avanzata, poichè, dati i cinque anni compiuti dalla laurea, il collega ha il titolo sufficiente per la promozione. Però tale domanda deve esser fatta per via gerarchica dall'ufficiale interessato e non da altri.

All'abb. n. 2796:

Il mantenimento o meno del suo esonero deve esser proposto dalla Prefettura e approvato dalla Commissione di revisione. (Cfr. Circ. 811, G. M. 1917). Spetta all'autorità prefettizia garante del buon andamento del servizio sanitario civile di rappresentare alla Commissione la necessità di mantenere il suo esonero, ed il collega quindi non dovrà presentare alcun documento.

Non ottenendo l'esonero verrà richiamato subito.

All'abb. n. 7923:

Il collega sarà assunto in servizio col grado di tenente e solo dopo aver trascorsi almeno quattro mesi in zona di guerra, potrà esser proposto dall'autorità dalla quale dipenderà, per la promozione al grado di capitano.

Al dott. P. G. da B.:

Certo la situazione del collega è molto pietosa, ma le disposizioni in base alle quali gli sono state negate le indennità non ammettono a rigor di termini discussione. Dette indennità sono concesse solo a quei medici *richiamati di autorità* e tale non può essere considerato *a priori* il collega.

Comunque mi sembra che un reclamo diretto al Ministero della guerra (Div. assegni) potrebbe far risolvere la questione in senso a lui favorevole.

All'abb. n. 1738:

Se la Commissione le toglierà l'esonero, qualora Ella dimostri di aver esercitato per 20 anni la professione medica, verrà nominato capitano.

Al dott. U. D. C. da T.:

La revisione degli esoneri è sottoposta ad una Commissione che dà i suoi responsi caso per caso.

Non risulta però che tale Commissione abbia iniziato i propri lavori.

Da ciò forse il ritardo nella risposta attesa.

In caso di chiamata, appartenendo alla Croce Rossa, sarà arruolato come ufficiale della suddetta associazione, senza bisogno di fare alcuna pratica preventiva.

All'abb. n. 7890:

Il collega ha diritto alla nomina ad aspirante.

Appena venga dichiarato idoneo potrà presentare al Comando del distretto, che gli invierà il precetto di chiamata, la domanda di nomina al grado di aspirante, corredata dei titoli universitari.

All'abb. n. 3777:

Nessuna indennità è più corrisposta, qualunque sia il numero dei figli dell'ufficiale richiamato.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medico-Chirurgica di Parma ha chiamato il prof. Umberto Gabbi a dirigere quella R. Clinica Medica, con voti unanimi (14 su 14) e motivazione assai lusinghiera.

Il prof. Adriano Valenti, straordinario di materia medica e farmacologia, è trasferito dalla R. Università di Cagliari a quella di Parma.

Il prof. Giuseppe Pianese, ordinario di istologia patologica nella R. Università di Napoli, è nominato professore di anatomia ed istologia patologica nella stessa Università.

Il prof. Luigi Zoia, ordinario di clinica medica, è trasferito dalla R. Università di Parma a quella di Pavia.

Il prof. Ferdinando Micheli, ordinario di patologia speciale medica, è trasferito dalla R. Università di Siena al R. Istituto di studi superiori in Firenze.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Commendatori: Montefusco prof. Alfonso, Napoli; Canalis prof. Pietro, Genova.

Ufficiale: Di Mattei prof. Eugenio, Catania.

Cavaliere: Calderini prof. Giovanni, Bologna.

Ordine della Corona d'Italia.

Grand'Ufficiale: Mangiagalli prof. Luigi, Milano.

Commendatori: Abba prof. Francesco, Torino; Badaloni prof. Giuseppe, Napoli; Bonome prof. Augusto, Padova; Corrado dott. Vincenzo, Secondigliano (Napoli); Galdi prof. Matteo, Napoli; Pietravalle prof. Michele, Napoli; Lauro prof. Vincenzo, Napoli.

Ufficiali: Barsotti prof. Andronico, Lucca; Notarianni dott. Luigi, Napoli; Vignolo-Lutati prof. Carlo, Torino; Pinzani dott. Ermanno, Pisa.

Cavalieri: Piperno prof. Arrigo, Roma; Sabbatani prof. Luigi Padova; Pinto dott. Alberto, Castellabate (Salerno).

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Citoni Beniamino, da Roma, tenente medico reggimento fanteria. — In una difficile regione di montagna, sprezzante del pericolo, organizzava il posto di medicazione, e, benchè violentemente battuto da grossi calibri nemici e da intenso fuoco di fucileria, non badando per lunghe ore a fatiche nel curare i feriti, compiva la sua missione con calma e serenità. — Zugna Torta, 17 maggio 1916.

D'Alessandro Alessandro, da Napoli, capitano medico reggimento fanteria. — Organizzava e dirigeva il servizio sanitario e lo sgombero dei feriti in una zona pericolosa con esemplare calma e coraggio. Si spingeva, poi, fino ai reticolati nemici per raccogliere feriti e per prestare soccorso, e, sotto il fuoco avversario, riusciva a portarne in salvo due e a ricuperare un caduto, armi e munizioni. — Alto Felizon, 6-22 giugno 1916.

I SANITARI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il cav. Pasquale Pressacco, colonnello medico, Direttore aggiunto di sanità del corpo d'armata territoriale di Firenze, nel marzo 1916 perdette l'unico figlio maschio, sottotenente dei bersaglieri, Amleto Pressacco, decorato con la medaglia d'argento al valore militare per la seguente motivazione: «Alla testa del proprio reparto, con mirabile slancio incitava con la parola e con l'esempio, i bersaglieri a passare per un varco intensamente battuto da una mitragliatrice nemica. Cadeva eroicamente sul campo». Monte Pal Piccolo, 26-27 marzo 1916.

NOTIZIE DIVERSE

L'opera della Croce Rossa nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine

È uscito, in ricca edizione illustrata, un piccolo volume che documenta la grande opera liberatrice che la Croce Rossa ha compiuto nella palude tirrena. In queste pagine, dovute a Renzo Rossi, è narrato minuziosamente ciò che la nobile istituzione ha compiuto nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine fin dal 1900, quando la Croce Rossa, aiutata dai sussidi del Re Vittorio, della Regina Madre, del Ministero di A., I. e C., della Provincia e del Comune di Roma, dei proprietari principali delle tenute, cominciò a lottare nelle plaghe infelici per la salvezza d'intere popolazioni.

L'opuscolo dà un'idea dei risultati ottenuti e del fervore dei sanitari e dei militi, non mai venuto meno durante la guerra, riproducendo una statistica dell'anno scorso, dalla quale si apprende che la Croce Rossa ha curato 2452 malarici, 7704 malati vari e ha chininizzato 11,685 individui nelle sole Paludi Pontine.

Le linee ferroviarie in zone malariche.

La Direzione Generale delle Ferrovie dello Stato, in omaggio alle disposizioni del nuovo regolamento pei ferrovieri, renderà noto prossimamente un elenco completo delle linee o tratti di linee che si trovano in zone malariche, classificando queste zone in due categorie di malaria lieve e di malaria grave.

Agli effetti dell'indennità, tale classificazione avrà corso dal 1° giugno 1918.

Convalescenziario per marinai.

Il Ministero della Marina ha fatto requisire la villa delle Pianore, sulla spiaggia tra Viareggio e Massa, cui è annessa una grande pineta, destinandola ad uso di convalescenziario per militari della R. Marina.

Comitato di propaganda della Croce Rossa a Milano.

Il bilancio del 1917 di questo Comitato si è chiuso con un introito di circa 520,000 lire, di cui oltre 160 mila corrispondono a quote di soci annuali e perpetui.

L'Ospedale della Banca Commerciale a Milano.

Con la designazione di Ospedale n. 6 della Croce Rossa, è stato riaperto l'ospedale chirurgico per militari feriti, capace di 60 letti, fondato e mantenuto dalla Banca Commerciale Italiana. È diretto dal maggiore medico prof. Francesco Zambianchi.

Il manicomio di Racconigi in fiamme.

Si è sviluppato un grave incendio nel manicomio di Racconigi. In breve assunse vaste proporzioni. Il fabbricato della Sezione femminile rimaneva quasi totalmente preda delle fiamme e si deve all'opera dei pompieri e specialmente della truppa se il fabbricato potè essere sgombrato delle masserizie, mentre il personale del manicomio provvide all'allontanamento delle molte ricoverate.

Le condizioni sanitarie dell'Austria.

Vanno aggravandosi, a causa della deficienza di generi di prima necessità. Un indice ne è dato dalla mortalità per tubercolosi.

La *Zeit* del 27 nov. 1917 riferiva che a Vienna la tubercolosi ha mietuto 7810 vittime nel 1915; 9631 nel 1916; 10,335 nei primi dieci mesi del 1917.

Alla Camera medica di Vienna si è tenuta un'adunanza dell'Associazione per la lotta contro la tubercolosi. Il presidente Lavisch rilevò che vi sono attualmente in Austria 45,000 militari tubercolotici, i quali periscono di fame perchè si somministra loro un vitto inadeguato, mentre le cure sono manchevolissime. La quantità di grassi assegnata dalle autorità militari è di appena 5 grammi al giorno. All'Ospedale di riserva n. 19 di Vienna si concede un pezzo di sapone ogni 20 soldati per 12 giorni.

Per calmare le preoccupazioni generali, è stata decretata l'istituzione di un Ministero della salute pubblica, il cui precipuo scopo è quello di combattere le malattie.

Nuovo scambio di prigionieri invalidi con l'Austria.

La Croce Rossa è addivenuta in questi giorni ad un nuovo scambio di prigionieri con l'Austria, in numero di circa 350 italiani contro quasi altrettanti austriaci.

È questo l'undecimo scambio di prigionieri promosso dalla benemerita associazione internazionale tra le due nazioni.

Il trasporto è stato effettuato a mezzo di un treno della Croce Rossa Svizzera.

Infermiera della Croce Rossa prigioniera in Germania.

Ad onta e in dispregio della Convenzione di Ginevra, secondo cui il personale della Croce Rossa non è soggetto al trattamento fatto ai prigionieri di guerra, una delle più attive infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, di cui non vien segnalato il nome, fatta prigioniera dai tedeschi, è stata internata in Germania.

Fondazione Rockefeller.

Il celebre miliardario John Rockefeller ha versato alla Fondazione che ne porta il nome, la somma di 27 milioni e mezzo di lire per far fronte alle maggiori spese incontrate per lo stato di guerra.

Con questo versamento il totale delle somme fin qui elargite raggiunge 650 milioni di lire.

Vittima di un'incursione aerea nemica, è caduto gloriosamente, davanti al tavolo operatorio, in un ospedale di Castelfranco Veneto ove da quattro notti prestava la sua opera preziosa ai feriti dai bombardamenti aerei, il dott. LUIGI VIVIANI.

Il nostro collega era nato a Roma il 21 gennaio 1878 e vi si era laureato nel luglio 1903. Era stato assistente e aiuto negli ospedali di Roma.

Si era specializzato ed era subito emerso nella chirurgia, che coltivò con amore ed abnegazione fino all'ultimo giorno della sua vita operosa. Prima della guerra prestava servizio con il professore Margarucci all'Ospedale Inglese di S. Stefano Rotondo. Medico della Croce Rossa, aveva preso parte a due campagne antimalariche e si era distinto durante il terremoto calabro-siculo.

Al padre, l'illustre ing. Alessandro, un reduce delle campagne d'indipendenza, alla famiglia tutta, vada la parola di conforto della classe medica romana, addolorata per la grave perdita.

Fra le vittime dei recenti bombardamenti di Padova, registriamo con dolore e rimpianto il dottore ELIO De AMBRIS, allievo e continuatore dell'opera di Lombroso, autore di lavori molto apprezzati sulla degenerazione e sulla criminalità.

Si è spento in Roma il dott. comm. GIACOMO GANDOLFI, genovese, colonnello medico. Aveva diretto l'Ospedale Militare del Celio, in Roma; attualmente era direttore di Sanità del Corpo d'armata territoriale di Genova.

E' morto a Lione il prof. J. RENAUT, di anatomia generale in quella facoltà medica. Il suo *Traité d'histologie pratique* si distingue per l'ingegnosità delle deduzioni che lo studio morfologico fornisce all'autore, relativamente al funzionamento fisiologico o patologico delle cellule, dei tessuti e degli organi: così di una scienza di cose morte egli ha saputo fare una scienza di vita. Lascia moltissime pubblicazioni originali. Era anche un appasionato esercente della medicina. Si è pure distinto nell'agone letterario: sotto lo pseudonimo di Sylvain de Saulnay ha pubblicato delle poesie molto gustate, di cui alcune sono state premiate all'Accademia francese. Contava 72 anni.

È morto a Parigi, in età di 58 anni, il professore G. LEPAGE, *agrégé* di clinica ostetrica, autore con Ribemont-Dessaignes, di un apprezzato *Traité d'Obstétrique*, del quale si sono avute molte edizioni, di un *Traité pratique d'antisépsie obstétricale*, di vari capitoli della *Pratique medico-chirurgicale* e di numerose memorie originali nel campo della specialità.

È morto a Zurigo H. SCHULSTESS, in età di 54 anni; i suoi lavori sulle malattie cardiache, sulla sfigmomanometria, sulla fotografia del polso, sul cuore dei soldati, gli hanno assicurato una rinomanza salda e meritata.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.
(20)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

A proposito delle perfrigerazioni e congelazioni fra i nostri combattenti.

DOTT. D. A. MAZZOLANI,
Direttore dell'Osp. da guerra Croce Rossa n. 62.

Le perfrigerazioni comparvero, fra le nostre truppe combattenti, fino dalla prima metà dell'autunno 1915. Secondo notizie raccolte dal maggiore medico dott. Ferraro, a tutta la primavera 1916 si sarebbero avuti casi 1571. Queste cifre debbono, però, essere inferiori al vero: infatti solo nell Ospedale territoriale della Croce Rossa n. 30, dove io ebbi a prestar servizio qualche tempo, sui 1053 ricoverati dal 27 settembre, epoca dei primi casi, al 9 dicembre stesso anno 1915, 245 riguardavano perfrigerati e congelati, ciò che rappresenta oltre il 23 % degli infermi.

1. *Notizie storiche ed etiologiche.* — A fine di poter quanto più è possibile prevenire lo sviluppo di tali infermità stimo sia opportuno di esaminare quando ed in quali peculiari circostanze questi accidenti da freddo si siano prodotti.

Il dott. A. Casarini, a proposito dell'influenza della fatica a questo riguardo, riferisce la storia di alcuni eserciti: la ritirata dei diecimila dopo il passaggio dell'Eufrate (Senofonte); le perdite subite dalle milizie di Alessandro attraverso il Caucaso; di quelle di Carlo V nell'assedio di Metz (1553), di quelle di Carlo XII in

Russia (1709) e in Finlandia, dove morirono 3000 uomini per causa del freddo: duramente provate furono pure le truppe del maresciallo Belle Isle nella ritirata attraverso la Boemia (1749): nella famosa campagna napoleonica di Russia (1812) su circa 400,000 uomini solo 3000 poterono ritirarsi incolumi, un gran numero avendo soccombuto al freddo.

Nelle operazioni militari del Nord-Africa i francesi ebbero a più riprese di simili accidenti: ritirata di Costantina (1836), ritirata di Bou Thaleb (1846), nella quale su 2800 soldati, 208 furono abbandonati morti lungo la via (circa 80 chilom. percorsi in due tappe) e 1800 furono presi da perfrigerazioni: di questi 532 dovettero essere ospitalizzati e 32 morirono. Di perfrigerati se ne ebbero pure durante il passaggio dell'Atlas (1852).

La guerra di Crimea è anch'essa lugubramente storica: durante l'assedio di Sebastopoli (1855) si ebbero 2500 perfrigerati-congelati, con una mortalità di oltre 800 individui.

Durante l'assedio di Parigi, il dott. Favel racconta di aver avuto, nella sola sua ambulanza, oltre 200 morti per accidenti da freddo: nota è pure « la catastrofe del Tleta des Douairs » in Algeria (marzo 1879): nel cambio di guarnigione da Aumala a Bolghar, dopo 12 ore di marcia si ebbero 80 malati e 19 decessi, restando così solo il quinto degli effettivi.

Anche nella guerra russo-giapponese non mancarono gli accidenti da freddo: nella battaglia di Pecaotai, che durò dal 25 al 29 gennaio 1905, i giapponesi non ebbero un sol caso di morte per assideramento, ma da 1300 a 1400 perfrigerati-congelati, i quali richiesero 7-800 interventi (dott. Matignon). Nella guerra dei Balcani, il dott. Trigonof, dal 1912 al gennaio 1914 ebbe a curare, fra le truppe bulgare, « 89 cas d'engelures dont 85 avec gangrène par congélation ». Alcuni casi furono pure osservati dal nostro Agostinelli.

Dalle notizie che si possono raccogliere circa i particolari di queste infermità, noi possiamo, intanto, stabilire un fatto che appare, per così dire, come una *costante*, in ciascuno di questi disastri militari. Nel maggior numero dei casi, insomma, si tratta di truppe in ritirata; altre volte di eserciti da tempo assedianti o assediati; talora di marcie *bivaccate*: ad ogni modo non sarebbe sempre il freddo in se stesso l'elemento che ha potuto determinare i danni della perfrigerazione.

Così nella guerra di Crimea il dott. Valette fa osservare che i casi di perfrigerazioni-congelamenti furono tanto numerosi e gravi durante l'inverno 1854-55, che nell'inverno 1855-56, sebbene in quest'ultimo caso le temperature scendessero spesso e per un certo periodo a —15° C. e anche —22°, mentre nel primo anno si ebbe solo eccezionalmente —12° C. Anzi i primi perfrigerati si verificarono a temperatura di +4° C. nel giorno e di 0° nella notte. Però in quest'ultima circostanza i soldati all'assedio di Sebastopoli furono sempre nell'umidità delle pioggie o di neve fondente.

Nel caso di Bou Thaleb la temperatura notturna non fu che di —2° C. accompagnata da caduta di neve: nella battaglia di Pecaotai la temperatura era molto umida e i giapponesi sorpresi dall'attacco di Grippenberg dovettero fare sforzo estremo e bivaccare durante quattro notti. Così dei 245 perfrigerati-congelati del nostro Ospedale n. 30 la grandissima parte provenivano dal Sabotino, da Oslavia, Podgora, Zagora, Plava, S. Lucia, Rombon; ossia da zone in cui la temperatura si aggirava, anche di notte, poco al disotto dello zero. Quasi sempre, però, questi soldati avevano dovuto attraversare avvallamenti fangosi o camminare in acquitrini o sostare in trincee umide: per l'immobilità forzata, e, non di rado, per la pessima qualità di scarpe che la criminosa cupidigia di qualche fornitore non aveva resistito a frodare, i soldati si trovarono talvolta come « inchiodati » al suolo, giusto al momento di essere lanciati all'attacco. In altre zone del fronte alpestre, a temperature considerevolmente più basse, sulle nevi ghiacciate, in freddi « secchi » le nostre truppe non fornirono casi di perfrigerazioni nè di congelamenti, almeno in numero proporzionato a quanto si è verificato sulla linea dell'Isonzo.

Non sembra inopportuno, a questo riguardo, ricordare in qual modo si comporta la cellula vivente di fronte al freddo.

È noto che negli oceani polari, a temperature di 0° pullulano microrganismi inferiori, e che anche all'aria libera a —10° trovansi quantità prodigiose di animali viventi (Sanarelli).

Nell'« industria del freddo » si è già sperimentato il trasporto dei pesci vivi nel ghiaccio invece che nei carri-acquario: negli animali superiori noi possiamo sperimentalmente produrre delle congelazioni (cresta di gallo, orecchio di coniglio, ecc.) facendo agire, ad. es., un getto di cloruro di metile, senza che per questo sia fatalmente compromessa la vitalità dell'organo: l'uomo, tuttavia, esposto all'azione diretta del freddo non potrebbe resistere a lungo: per l'inibizione di tutte le sue cellule la morte sarebbe immancabile verso i 25° sotto zero (Currie).

La storia degli esploratori polari ci dimo-

stra, d'altro canto, che l'organismo umano, in determinate condizioni, è capace di continuare a vivere a temperature estremamente basse. Nella baia di Hudson fu osservata la temperatura di 67° sotto zero (Dawson): a Werchojansk, in Siberia, si è avuta temperatura di —63° C. (Wild): nell'America sett. Bach notò temp. di —57°, e così Nansen: durante il viaggio del « Tegethoff » che si protrasse 812 giorni, si ebbero temperature di —50°, con differenze di 76° C. fra la temp. esterna e quella della cabina. Nel suo viaggio della « Stella Polare » il Duca degli Abruzzi ebbe a sopportare temperature di —45° C.

Se si considera che nel Mar Rosso gli uomini addetti al servizio di macchina sopportano temperatura di +65° e talora di +75°; che in alcuni stabilimenti industriali si è sopportato perfino temp. di +100° quando essa è secca, si avrebbe, così, che l'organismo umano sarebbe in grado di vivere e spiegare la sua attività in ambiente compreso da una serie di 167° C. E intanto, secondo le statistiche, muoiono, in Russia, annualmente oltre 700 individui a causa del freddo; in Francia, dal 1868 al 1883, ne sono morti 4092, ossia una media annua di 255. Si sa, inoltre, che Richet e Rondeau hanno rianimati individui servendosi della respirazione artificiale per lungo tempo, anche dopo mezz'ora che erano scomparse le manifestazioni vitali: Peter rianimò pure una donna la cui temperatura vaginale era scesa a +26°: Reeve riferisce di una donna ritirata viva dopo aver passato otto giorni sotto la neve, a sei piedi di profondità. Noi assistiamo, insomma, a questo fatto che « on a supporté —60° et on meurt à —0° » (Tourdes). Vi sono, dunque, circostanze speciali « qui secondent si puissament l'action du froid quell'elles la dominent parfois: la prophylaxie répose sur leur connaissance » (A. Manquat).

2. *Patogenesi, forme cliniche, ecc.* — Gli autori sono quasi tutti d'accordo nell'interpretazione del meccanismo d'azione del freddo, sia nelle sue conseguenze sull'organismo in *toto*, sia su parti di esso, mi soffermerò solo un istante sulle *lesioni locali*, che più direttamente ora ci interessano. Si tratta di sottrazione del calorico animale e dà, come effetto, costrizione vasale, quindi produce ischemia dei tugumenti. Segue stanchezza dei muscoli delle pareti vasali, quindi gonfiore, e si ha solletico pruriginoso: e ciò tanto più rapidamente per quanto più presto al freddo si fa seguire una temperatura tiepida (F. Durante). A seconda delle condizioni d'ambiente e della diversa attitudine individuale di resistenza, le lesioni da freddo possono assumere minore o maggiore gravità, riferibili, secondo il più degli autori (Callisen, Boyer, ecc.) a tre gradi: *rubefazione, vescicazione, escarificazione*, corrispondenti a fatti di ordine irritativi e infiammatori, distruttivi o degenerativi. L'allegato 2, Mod. B. 1. della Circolare Militare 30 nov. 1916, classifica le congelazioni in 1°, 2° e 3° grado.

Si è sentito il bisogno, in questi ultimi tempi, di distinguere le perfrigerazioni dalle congelazioni, la cui patogenesi diversifica da quello delle prime. Le congelazioni, infatti sono determinate, generalmente, da temperatura molto bassa (a meno di 16° sotto zero), e all'intensa ischemia può succedere direttamente coagulazione del sangue, della linfa, dei liquidi e dei succhi interstiziali, ecc., e le parti pallide o livide sono talora di tale durezza e fragilità da distaccarsi al semplice urto o movimento.

È facile comprendere la serie di complicazioni che possono verificarsi data la natura e qualità di queste lesioni da freddo talora manifestandosi come un derivato delle perfrigerazioni stesse (infezioni settiche e pioemiche; embolie, trombosi), tal'altra agendo come aggravante di altre malattie.

Su 300 casi Gamberini ne notò 36 di terzo grado e si verificarono 3 infezioni tetaniche, due volte seguite da morte: su 579 congelati Gavini ne osservò 29 di terzo grado e un decesso per tetano: su 89 infermi Ferraro notò 6 casi di terzo grado, 3 morti per setticoemia ed uno per tetano: sui 245 malati dell'ospedale territoriale n. 30 si ebbe a verificarne una ventina di 1° grado e quasi un centinaio di 3° grado. Alcuni perfrigerati furono ricoverati perchè feriti, febbricitanti o infermi di altra malattia (gastro-intestinale, bronchiale, reumatica). Si ebbe un certo numero di decessi: uno per tetano, e una quindicina per complicazioni settioemica, eresipelatosa, ecc.; alcuni per febbre tifoide. Tra le forme più gravi, la *gangrena umida* è stata più frequente e di maggiore entità: ciò sarebbe in rapporto appunto, con l'azione del freddo umido relativamente poco intenso, in cui si determinarono le perfrigerazioni, o al fatto del troppo rapido riscaldamento, o al tentativo, eseguito a mezzo di movimenti, di reagire contro il raffreddamento (Legouest, Quesnoy). La *gangrena secca* sarebbe, invece, più in rapporto col raffreddamento molto intenso e la consecutiva e duratura ischemia dei vasi, ossia col vero congelamento.

Come postumi degli accidenti da freddo si possono avere, secondo Tédenat: *a*) *disturbi voscolari*, specie sotto forma di congestioni

passive diffuse; b) *lesioni della pelle*, quali ulcerazioni torbide e dolorose, ipertrofie dell'epidermide, deformazioni o caduta delle unghie, ecc.; c) *lesioni del tessuto cellulare*, come edema cronico, retrazioni tendinose; d) *lesioni delle ossa*, come osteoporosi adiposa; e) *lesioni*



Fig. 1.

muscolari, articolari, del sistema nervoso, ecc. Talvolta ho visto residuare iperestesie molestissime, specie alla regione plantare dei metatarsi. Le perfrigerazioni sono, inoltre, causa frequente di mutilazioni, e spesso i malati, attendendo l'intervento regolarizzatore, passano da un ospedale all'altro, in lunga serie, diventando fra i più antichi clienti, e sottraendosi così per molto tempo o per sempre un discreto numero di energie fattive a vantaggio dell'azione bellica.

3. *Cause di sottrazione del calorico vitale e mezzi di protezione.* — L'eliminazione del calore si fa per *irradiazione*, quando la temperatura ambiente è inferiore alla nostra; per *conducibilità*, per contatto dell'aria che ci circonda e dei corpi che ci toccano; per *evaporazione cutanea.*

L'aria mossa, e quindi il vento, aumentano la dispersione del calorico: gli esploratori polari sono d'accordo nell'affermare che essi non avrebbero potuto compiere i loro viaggi se non avessero trovato regioni di « grande calma atmosferica ». Di qui l'utilità di crearsi ripari siano essi di neve o ghiaccio.

L'irradiazione è più marcata durante la notte che di giorno, e tanto maggiormente quanto più il cielo è puro e l'individuo sprovvisto di ripari: fra le truppe il maggior numero di perfrigerati-congelati è dato dai soldati marcianti a retroguardia e ai fianchi delle colonne. L'aria molto umida (nebbia, pioggia) rende gli abiti più facili conduttori del calore e quindi ne facilita la dispersione.

La *neve gelata* può proteggere contro il freddo: la *neve fondente* è, invece, molto pericolosa, sia perchè, fondendo, assorbe calorico ai corpi vicini, sia perchè essa acquista maggiore potere di conducibilità: secondo Colin un animale può sopportare per più giorni nudo e senza ripari temperatura di — 15° C. mentre, immerso in acqua a + 15°, muore dopo qualche ora. Anche il passaggio rapido da una temperatura bassa ad una relativamente elevata può essere pericolosa: in Russia parecchi cocchieri muoiono uscendo dai *bar*, dopo aver bevuto « il bicchierino ». Secondo Larrey, durante la campagna di Eylau, in seguito al passaggio della temperatura da — 19° a + 6° C. (dal 9 al 10 febbraio) si ebbe gran numero di perfrigerazioni alle estremità.

L'insufficienza degli abiti è pure di somma importanza. Contrariamente all'opinione di Geigel quasi tutti sono d'accordo nel ritenere che gli abiti pesanti sono, d'inverno, non un lusso, ma una vera *cassa di risparmio* degli alimenti (Celli). La lana, il panno, ecc., costituiscono le migliori stoffe di protezione: ottime sono le pellicce e le pelli (ciociari, campagnuoli del Lazio, pastori, ecc): gli indumenti sovrapposti proteggono meglio che uno solo del loro complessivo spessore, a causa degli strati d'aria isolanti che si formano: il Cinese, generalmente sensibile al freddo, si protegge, d'inverno, di 6-7 vesti sovraggiunte, che poi abbandona gradatamente al ritorno dei tepori primaverili. Inoltre è bene ricordarsi che in riguardo del vestiario in generale, sempre utile sarà la formula di Quintiliano *nec strangulet, nec fluat.*

Nel caso nostro, in cui le lesioni si sono prodotte quasi esclusivamente agli arti inferiori, la massima attenzione deve essere rivolta alla calzatura. Fin dal 1782 le scarpe furono oggetto di studio speciale da parte di P. Kamper. La pelle conciata all'allume si bagna più facilmente che quella al tannico: la scarpa bagnata facilita la perdita del calore. Anche la suola si comporta diversamente a seconda della temperatura del corpo su cui poggia e del suo potere conduttore. Il tacco molto basso mette molta suola a contatto del terreno (fango, acqua, ecc.): la scarpa deve offrire una certa elasticità: non deve esser molto

stretta, nè permettere facile scivolamento interno: la calza aumenta la protezione della scarpa; le truppe russe nei Balcani ebbero molte congelazioni fino a che non furono loro distribuite scarpe speciali e calzette. Nei paesi freddi e umidi si fa uso di scarponi-zoccoli: i Giapponesi e i Russi, nella guerra del 1904, utilizzarono dei *snowboots;* gli alpini francesi fanno uso di *raquettes;* anche le nostre truppe di alte montagne hanno adottato mezzi di protezione speciale. Non potendosi, forse, adottare speciali calzature per le nostre fanterie, sarà tuttavia opportuno di servirsi di *scarpe buone*, che dovranno essere convenientemente grassate. Per quanto riguarda gli accantonamenti e le trincee il genio dei nostri ingegneri dovrà continuare a pensarvi. Per le sentinelle abbisognano alimenti, abiti e scarpe speciali. La mollettiera regolamentare non sembrerebbe l'ideale: se poco stretta cade, se stretta condurrebbe all'atrofia dei muscoli: certo, però, quando essa è bagnata, può costituire grave pericolo per l'impedimento della circolazione sanguigna del piede. Una ghetta impermeabilizzata è da preferirsi (Dragotti). L'interposizione nella scarpa, di calzare di seta (esercito inglese) di tela da dirigibile, di carta, ecc., non sembrano molto consigliabili, in pratica, sia per ragioni di spesa, sia per la facilità di rompersi e quindi recar danno: forse miglior cosa sarebbe l'uso di due paia di calze. Un certo esercizio muscolare faciliterà la calorificazione dell'arto.

L'alimentazione è la sorgente del calore animale: occorre buona scelta degli alimenti e stomaco atto a smaltirli: contro il freddo sono necessari i corpi grassi e gli idrati di carbonio: la nuova razione del soldato per il 1918, rappresenta, per questi tempi, una sana modificazione.

L'alcool deve essere usato solo sotto forma di vino e in modica quantità, altrimenti esso, dopo un passeggero eccitamento, deprimerebbe il sistema nervoso. La maggior resistenza al freddo verificatasi nei popoli meridionali sarebbe dovuta, secondo Arnould, alla loro sobrietà: alcuni esploratori delle regioni artiche hanno persino pensato a non portare alcool fra le loro provvigioni (A. Manquat). Utile sarà il caffè addizionato di piccola quantità di alcool.

Esistono vere predisposizioni individuali: negli uomini di colore le perfrigerazioni si possono avere anche a temperatura di $+5^{\circ}+8^{\circ}$ C.

Löche ha insistito su questo fatto: è solo così che si possono spiegare le perfrigerazioni a temperature elevate: io ebbi a riscontrarne nel mese di agosto-settembre in soldati provenienti dal Pasubio (Ospedale da guerra N. 62) e in individui provenienti dalla zona carsica a temperature relativamente miti (Ospedale da guerra, N. 35). Vi contribuiscono, in molta parte, lo stato d'inanizione, di fatica, di deperimento organico, postumi di dissenteria, diarrea, malaria (guerra di Crimea, ritirata di Bou Thaleb, ecc.), stato di pretubercolosi: più disposti sono i neurastenici, i nostalgici, i depressi, i cardiopatici, gli individui di età troppo giovane e troppo anziana, quelli che hanno già precedentemente sofferto di raffreddamento alle mani e ai piedi (Glover), per il fatto di probabile neuropatie vasomotrici sensitive e secretorie; i pallidi, coloro che mangiano male e digeriscono peggio,



Fig. 2.

gli affetti da diatesi artritico-gottosa. Quando la scelta non sia possibile, sarà per lo meno utile sperimentare la soluzione di digitalina al millesimo, 2-5 gocce pro die (Glover) o la seguente formula: Tint. drosera gr. 15: Tint. giusquiamo gr. 5: Tint. stramonio gr. 2: n. 20 gocce prima del pasto serale: sarebbe ottimo rimedio contro l'angoscia di guerra.

Non intendo parlare della cura, della quale, tuttavia non sarebbe inopportuna una specie di revisione. Ricordo, soltanto, che Larrey già ebbe a scrivere « pas une des opérations faites n'y a réussi: il fallu s'abstenir d'opérer ». Attualmente predomina il criterio della vigile aspettativa: si tratta, in massima di « regolarizzare ». Secondo Lemoine, se la sensibilità delle parti non è comparsa dopo 24 ore, la vitalità è compromessa. Le circolari della Direzione di Sanità stabiliscono le iniezioni antitetaniche.

***

Fino dai primi tempi della nostra entrata in campagna i medici attirarono l'attenzione sulla possibilità di accidenti da freddo: d'altra parte il monito era grave per quello che si era già osservato fra le truppe combattenti fino dal 1914.

A tutto il 1916 il Gosio, nella sua *Rivista Bibliografica*, riportava oltre trenta lavori sull'argomento, apparsi in periodici italiani: i giornali politici se ne facevano eco: «gruppi per propaganda medica nella guerra» lanciavano manifesti: il Comando Supremo delegava Commissioni speciali. Le nostre condizioni di attacco non sempre ci mettevano in difese favorevoli, nè, forse, sufficientemente corrispose l'opera di propaganda fra le truppe più interessate, nè ordinati i controlli, nè adeguate furono le preoccupazioni degli stessi sanitari e dei comandanti. Quanti, del resto, avevano potuto veder davvicino i reali danni legati alle lesioni da freddo?

Le notizie sono aumentate di poi; gli stessi soldati hanno veduto che tali accidenti sono talvolta più temibili della pallottola nemica, ma stimo, ciononondimeno, che non sia fuor di luogo l'avervi ripensato, e il riflettere sulle seguenti

CONCLUSIONI.

1. I perfrigeramenti e congelamenti rappresentano un accidente morboso di grande importanza per un esercito belligerante, sia perchè a causa della loro subitaneità e contemporaneità di casi possono compromettere azioni di battaglia, sia perchè sottraggono per lungo tempo forze vive all'esercito stesso.

2. Lo scarso numero di perfrigeramenti fra gli ufficiali tende a dimostrare che alcuni individui equipaggiati e selezionati possono più vantaggiosamente far fronte agli attentati del freddo.

3. La comparsa di casi di perfrigerazioni in individui, isolatamente, e in condizioni di temperatura ancora abbastanza elevata, fa pensare ad uno stato di individuale fragilità al freddo: da ciò l'opportunità di una certa selezione per alcuni servizi più pericolosi.

4. Un perfrigeramento iniziale può essere domato se curato a tempo: affine, però, di evitare la perdita di un soldato o la sua svalutazione per lungo tempo, sarà opportuno toglierlo al più presto alle influenze nocive, e, se sia il caso, impiegarlo in lavoro più adatto alle sue attitudini organiche. Ad ogni modo si deve sempre vegliare a che il soldato curi il suo piede come il suo fucile: sono queste condizioni essenziali della guerra attuale.

5. La storia di questa spece di *epidemia mutilante a frigore* ci dimostra come gli eserciti possano esserne svalutati insidiosamente: in seguito alle recenti nostre avversità di guerra e nelle particolari condizioni in cui il valore del nostro soldato è ora costretto a riaffermarsi, non sarà superflua un'attenta vigilanza e un cosciente avvicendamento nella lotta gloriosa, affinchè tutte le energie del nostro esercito siano quanto più è possibile mantenute vive e nel miglior modo utilizzate.

Notiziari-formularii dovrebbero quindi esser largamente distribuiti agli ufficiali: istruzioni pratiche date alle truppe, controlli frequenti eseguiti ai più esposti, e se i comandanti, sul consiglio del medico, sapranno o potranno rinunziare, per un istante, a qualche migliaio di soldati, questi potranno, dopo poco, più gloriosamente essere impiegati per la grandezza della Patria.

BIBLIOGRAFIA.

1. G. SANARELLI. *Manuale d'igiene generale e coloniale*. G. Barbera, 1914.
2. U. FERRETTI. *L'Industria del Freddo*. Arpino, 1913.
3. BROUARDEL et E. MOSNY. *Traité d'hygiène. Atmosphère et climats*. Paris, 1906.
4. MAX RUBNER. *Trattato d'igiene*. Trad. italiana.
5. G. LEMOINE. *Traité d'hygiène militaire*. Paris, 1911.
6. A. CELLI. *Trattato d'igiene*, 1901.
7. DELEPINE. Journal of the Royal. A. M. C., 1915.
8. FERRARO. Annali Medicina Navale. Roma, febbr. 1917.
9. MATIGNON. *Enseignements médicaux de la guerre russo-japonaise*. Paris, 1907.
10. ARMAND. *Traité de climatologie du globe*. Paris, 1873.
11. G. H. ROGER. *Páthologie générale*. Paris, 1904.
12. A. MANQUAT. *Traité de thérapeutique pratique*. Vigot Frères, Paris, 1913.
13. F. DURANTE. *Trattato di chirurgia*. 1906.
14. G. PEREZ. *Chirurgia di guerra*. 1916.
15. E. MOMIGLIANO. *Manuale d'igiene navale*. 1908.
16. Il Policlinico. Anni 1914-15-16-17.
17. Annali d'Igiene. Anni 1916-17.
18. Presse Médicale. Anni 1914-15-16.
19. L'idrologia, climatologia e terapia fisica. Anno 1917.
20. Annali di Medicina e Igiene Navale. 1915-17.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BLASI, *Un caso di angina di Ludwig;*
B. MASCI, *La divulsione anale come trattamento curativo di alcune fistole anali.*

SERVIZI SANITARI.

Confronti.

È un'abitudine mentale tutta italiana quella d'invocare a sostegno di una tesi il conforto dell'opinione degli stranieri. Tutto ciò che si fa da noi deve prima avere la sanzione dell'esperienza altrui. Non che a noi manchino idee genialmente innovatrici, ma manca l'audacia per tradurle in atti o, come più spesso accade, essi trovano nei poteri costituiti più o meno pervasi di misoneismo, di quietismo o di indifferentismo, la più ostinata resistenza passiva.

Molte volte accade che mentre avanziamo nelle idee gli altri, siamo da essi sorpassati nei fatti.

Esemplifichiamo.

Nel primo semestre dello scorso anno i professori Alessandri e Bastianelli pubblicarono su questo giornale alcuni articoli con i quali avanzavano delle proposte per migliorare il servizio chirurgico al fronte. Le proposte pratiche e concrete dei due illustri chirurgi romani, che hanno potuto rendersi conto del vero stato delle cose in zona di operazioni e durante le più poderose e micidiali nostre azioni offensive, miravano ad eliminare alcuni inconvenienti che rendono il servizio di assistenza ai feriti impari al suo scopo e qualche volta anche dannoso.

La parte sostanziale delle proposte era l'istituzione dei settori chirurgici in cui la direzione *teorica* fosse affidata ad un solo chirurgo, e la sistemazione delle unità sanitarie tale da abolire i numerosi ospedali e ospedaletti del tutto inutili al vero scopo curativo dei feriti, nella zona delle operazioni.

I vantaggi derivanti da tali innovazioni furono dal prof. Alessandri in un successivo articolo così riassunti: risparmio di materiale di medicatura; risparmio di benzina per i trasporti resi molto più diretti e solleciti, senza soste, ritorni, andirivieni per i varî ospedaletti disseminati spesso in larga zona; risparmio di personale e abolizione di cartelli, cartellini, schede, elenchi, statistiche, che vengono ora ripetuti e ricompilati in fretta e con dispetto per la perdita di tempo; migliore utilizzazione e distribuzione dello scarso contingente di chirurgi, da cui si potrebbe così esigere un rendimento certamente di molto maggiore; e infine e sopratutto un vantaggio enorme per la cura dei feriti, che deve essere il punto più importante da tenere di mira al di sopra di ogni preoccupazione logistica di sgombro, che oggi è l'assillante e l'unico scopo cui si sacrifica tutto, e che del resto colla proposta fatta verrebbe in massima parte semplificato, allontanando subito dalla zona delle operazioni i feriti trasportabili e limitando il problema del ricovero ai soli gravi, il cui numero è sempre relativamente ristretto.

Per economia di spazio non ripeterò in tutti i particolari con quali modificazioni dell'organizzazione del servizio sanitario al fronte si possano raggiungere i suddetti vantaggi. I lettori ricorderanno gli articoli pubblicati. Del resto le proposte dei professori Alessandri e Bastianelli possiamo conoscerle anche attraverso la loro realizzazione... in Francia. Nell'esercito della Repubblica alleata il servizio chirurgico al fronte è stato di recente organizzato secondo i criterî dei due nostri insigni chirurgi.

Nella *Presse médicale* del 17 gennaio c. a. si legge un articolo del prof. Depage sui notevoli miglioramenti verificatisi nel servizio sanitario dell'esercito francese mercè l'opera del sottosegretario di Stato Godart. Riportiamo la parte dell'articolo più interessante per il nostro argomento perchè, come si è detto, quel che è stato già fatto in Francia era stato precedentemente consigliato in Italia.

« I servizî sanitarî del fronte e la ripartizione dei feriti furono riorganizzati sotto l'alta autorità del Sottosegretario di Stato, secondo criterî che meritano di essere considerati attentamente. La loro caratteristica è la disposizione delle formazioni sanitarie in tre serie: 1° i posti di soccorso; 2° i posti di smistamento situati a 8-10 km. dalla linea, che trattengono solo i feriti assolutamente intrasportabili; 3° i posti di cura comprendenti: *a*) l'ambulanza chirurgica situata a 15-20 km. dal fronte dove sono operati i feriti gravi; *b*) l'ospedale di evacuazione a 20-25 km. dal fronte al quale sono diretti i feriti leggeri; 3° i centri di specialità, specialmente per fratturati, a 30 km.

« L'ambulanza chirurgica mobile può aggregarsi secondo il bisogno uno o più gruppi complementari. Essa costituisce una formazione molto mobile che in certi casi può istallarsi presso l'ospedale di evacuazione per formare un vasto ospedale.

« Un'altra innovazione, dovuta pure all'iniziativa del Sottosegretariato di Stato francese, e più importante forse delle precedenti, consiste nella sistemazione dei servizî in modo da permettere la continuità del trattamento chirurgico; le formazioni ospedaliere sono raggruppate in settori, composti ciascuno di parecchi scaglioni che corrispondono alle diverse fasi della cura e *dirette tutte da uno stesso chirurgo*. Vien dato modo ai medici e capi servizio di recarsi da un'unità all'altra del gruppo e sorvegliare così l'insieme del settore in rapporto ai metodi usati ed ai loro risultati.

« Il miglioramento ottenuto da questa felice innovazione fu immenso, come ne fa testimonianza il rapporto presentato da Duval alla terza sessione della Conferenza dei chirurgi interalleati ».

Ecco un seme rimasto sterile in Italia, che è stato raccolto in Francia e vi ha abbondantemente fruttificato.

Ma lasciamo ancora la parola al prof. Depage.

« In Francia è stato compiuto un grande sforzo per adattare il servizio di sanità alle condizioni speciali di questa terribile guerra; così il trattamento chirurgico ha potuto dare il suo massimo rendimento. Lo spirito burocratico ha piegato dinanzi alle giuste rivendicazioni dei chirurgi, e se si paragona l'organizzazione attuale con quella che era al principio della guerra, non si può disconoscere il merito degli uomini che hanno determinata questa evoluzione e non si può fare a meno di sollecitare un analogo rimaneggiamento in tutti gli eserciti alleati.

« Si giunge adunque sempre più a sottrarre l'organizzazione medica dall'influenza della gerarchia. Si è una buona volta compreso che la chirurgia non si pratica col pugno e con la sciabola, ma col cervello e col bistori ».

Da noi non è valsa la dura esperienza di tre anni di guerra, non son valsi i suggerimenti di uomini illuminati e sperimentati: varrà la tristissima lezione dei fatti ultimi? È lecito dubitarne.

Altrove al saggio dei fatti si è compreso che le vecchie organizzazioni concepite con vecchi criteri non si confacevano con i nuovi metodi di guerra. Si sottrasse dapprima il servizio sanitario dalla dipendenza di altri servizî. Ma neppure l'autonomia valse a modificare radicalmente le cose, ad eliminare gli inconvenienti che son causa di danni incommensurabili. Il vecchio spirito militare rimase sempre insofferente di ogni contatto, di ogni collaborazione con l'elemento civile. Si rese così necessaria la istituzione di un sottosegretario che mobilitò le competenze fattive, sane, non inquinate da nessuno spirito di casta.

In Italia siamo ancora ben lungi da tutto ciò. Il servizio sanitario militare al fronte è ancora alla dipendenza ed alla completa subordinazione della Intendenza generale. Qui, è vero, vi sono come consulenti degli eccellenti ufficiali medici, ma l'autorità loro per la loro stessa funzione non è tale da potere imprimere all'organizzazione sanitaria quelle modificazioni radicali che l'esperienza consiglierebbe e le necessità imperiosamente sollecitano.

Ma a parte questa mancanza di autonomia che impaccia, ritarda, ostacola, v'è ancora nel corpo sanitario militare effettivo e quindi dirigente quella situazione di spirito che a volte rende non gradita o crede soverchia una intima collaborazione con l'elemento medico civile.

E mi spiego. Quasi tutte le proposte avanzate dai professori Alessandri e Bastianelli, benchè mai attuate, furono ritenute giuste da molti ufficiali medici, anzi alcune collimavano coll'idee precedentemente espresse da due autorevoli ufficiali del corpo sanitario militare, il generale Bonomo ed il maggiore Mendes. Ma tra esse ve n'è una che è stata principalmente combattuta: quella di un direttore chirurgo collaboratore del direttore di sanità del Corso d'Armata. Non ho alcuna esitazione a dichiarare che tutti gli argomenti messi avanti per combattere questa proposta siano cavillosi.

Si è obbiettato che sarebbe difficile trovare tanti direttori chirurgi quanti ne necessiterebbero: e si è dimenticato che ogni università ha un professore di clinica e uno di patologia chirurgica, senza contare le discipline affini, che ogni città ha chirurgi liberi esercenti valentissimi e di competenza superiore, riconosciuta dal pubblico e dai colleghi.

Si è obbiettato che sarebbe difficile creare a fianco di quella preesistente una nuova gerarchia professionale, che sarebbe difficile imporre ad altri chirurgi il criterio di un solo: e si è dimenticato che la gerarchia nel servizio sanitario, è o almeno dovrebbe essere secondo la logica ed anche gli intendimenti dei dirigenti, determinata prevalentemente dei meriti professionali, e che anche col sistema attuale il criterio del capo può essere imposto ai subalterni, quantunque non sempre il capo ora abbia o gli sia riconosciuta la sufficiente preparazione scientifica e pratica.

Abbiamo accennato alle meno futili obbiezioni.

Non elenchiamo tutti i benefici che per tale riguardo apporterebbe il sistema proposto dai professori Alessandri e Bastianelli tanto lucidamente da essi concepito e così chiaramente esposto e che oggi ha la sanzione dei fatti in Francia.

Se esso non avesse altri vantaggi, avrebbe quella di assicurare in ogni Corpo d'Armata un maestro alla cui scuola si possono fare dei veri chirurgi. Se la voce dei competenti in Italia fosse ascoltata, l'esercito avrebbe già ora un buon numero di provetti chirurgi, o per lo meno si sarebbe impedito che qualche medico avesse appreso la chirurgia a spese e col danno delle martoriate carni dei nostri soldati.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Ematuria e piuria.

(SCAPIRA e WITTENBERG, *Med. Record*).

L'ematuria può dipendere da cause locali e generali.

Le cause locali dell'ematuria sono le seguenti: *a*) traumi dei reni, della vescica, dell'uretra da violenze esterne, calcoli, lesioni con strumenti chirurgici, lacerazioni da cristalli nelle urine concentrate; *b*) processi infiammatori o congestivi, che si possono verificare nelle malattie infettive, per azione del freddo o in seguito all'eliminazione di sostanze irritanti come la cantaride e la trementina; *c*) ulcerazioni: semplici o tubercolari ed anche sifilitiche; *d*) rottura di vene ectasiche nella papilla renale, negli ureteri e nella vescica; *e*) tumori; *f*) parassiti, come la bilarzia e la filaria; *g*) congestione dipendente dall' improvviso svuotamento di una vescica eccessivamente distesa: in questi casi la rapida diminuzione della pressione endovescicale produce la rottura di vasi sanguigni.

Le cause generali sono in rapporto ad una condizione discrasica e l'ematuria si ha nei seguenti casi: *a*) malattie infettive specifiche; *b*) emofilia, porpora e leucemia; *c*) avvelenamento da fosforo.

Queste ematurie discrasiche sarebbero quindi essenziali, ma nella maggioranza di tali casi l'esame dei reni dimostra che non si tratta di una codizione diopatica, in quanto che spesso si constatano lesioni interstiziali o alterazioni vasali, per lo più dilatazione delle vene, all'apice delle piramidi. Per altro sono stati descritti anche dei casi di ematuria familiare, nei quali in vita non furono costatati altri sintomi e *post mortem* non furono rilevate lesioni renali.

La quantità di sangue nell'urina può variare molto: da poche gocce accertabili solo all'esame microscopico si può raggiungere anche una quantità tale che le urine assumono l'aspetto di sangue puro.

Per quel che riguarda la diagnosi dell'ematuria bisogna innanzi tutto notare che le urine possono assumere un colorito simile a quello dato dalla presenza di sangue, dopo la ingestione di alcune sostanze, quali il rabarbaro, la senna, ecc. In questi casi l'esame microscopico è il mezzo migliore e più semplice per la diagnosi differenziale.

La diagnosi della sede e della causa dell'emorragia si fa secondo i seguenti criterî: *a*) la storia del caso ed i disturbi accusati dal paziente; *b*) il momento della comparsa del sangue, se al principio o al termine della minzione; *c*) l'aspetto dell'urina ed il suo contenuto chimico e morfologico; *d*) l'esame fisico.

Ad esempio un attacco di colica renale precedente o concomitante deporrà per la presenza di un calcolo. Un'ematuria di scarsa quantità che compare e scompare senza cause apparenti farà pensare alla tubercolosi dei reni o della vescica. Un'ematuria che sia invece profusa, ma che pure compare e scompare senza cause apparenti dovrà far pensare subito ad un tumore. La presenza di una ferita d'arma bianca o da fuoco o di altro grave trauma nella regione lombare o della vescica farà ritenere che l'ematuria è in rapporto con una ferita dei reni. Quando l'ematuria è accompagnata da uno scolo di pus dall'uretra e da minzione dolorosa è certamente dovuta ad un'uretrite.

Il tempo nel quale, durante la minzione, si ha l'emissione di sangue ha un notevole significato diagnostico. Quando il sangue compare solo con la prima porzione dell'urina proviene certamente dall'uretra; l'ematuria terminale invece indica che i capillari dell'uretra posteriore e del trigone si sono rotti in conseguenza dello spasmo dei muscoli per emettere le ultime gocce di urina. Quando il sangue è ben mescolato con tutta la urina emessa, l'emorragia si è certamente verificata nelle parti posteriori allo sfintere interno o tutt'al più nell'uretra posteriore per modo che il sangue è rigurgitato indietro nella vescica.

L'aspetto dell'urina, il suo colore, la eventuale presenza di grumi, di pus, ecc., hanno non minore significato. Nel sangue che è stato lungamente a contatto con l'urina acida, l'ossiemoglobina si trasforma in metemoglobina: il sangue perciò ha una tinta scura.

Nell'urina alcalina il sangue riacquista il suo colore vivo. Quindi quando le urine contengono sangue scuro è più probabile che esso provenga dai reni, perchè esso è stato a contatto a lungo ed intimamente con un'urina di solito acida. Nelle ematurie provenienti dalla vescica invece si tratta in genere di condizioni che danno una reazione alcalina alle urine, e d'altra parte anche quando la reazione sia acida il sangue non è stato a lungo a contatto con l'urina, la trasformazione quindi dell'ossiemoglobina non è possibile, ed il sangue conserva il suo colore vivo. La presenza di grumi sanguigni sotto forma di cilindri uretrali indica una emorragia avvenuta superiormente alla vescica; grumi formatisi nell'uretra sono sempre più

grossi dei cilindri ureterali. I grumi sanguigni di forme irregolari indicano che la coagulazione è avvenuta in vescica, ma essi non dimostrano la provenienza del sangue.

Per decidere se l'emorragia proviene dalla vescica o dall'uretra posteriore si fa nel seguente modo; si svuota la vescica e la si riempie di una soluzione salina. Se l'ematuria è vescicale la soluzione si colora subito in rosso; se invece proviene da una lesione dell'uretra posteriore tutta la porzione di soluzione che passa attraverso il catetere è incolore, mentre quella emessa con sforzo dal paziente, specialmente l'ultima parte, è colorata, e ciò in rapporto al fatto che la contrazione muscolare è quella che determina l'emorragia ed il passaggio del sangue in vescica.

L'esame dell'urina può dare altri elementi diagnostici per accertare la causa e la localizzazione della lesione: *a*) frammenti di tumore o elementi cellulari; *b*) concrezioni di calcoli o numerosi cristalli; *c*) cilindri renali e numerose cellule epiteliali delle varie parti del tratto urinario; *d*) albumina, che per altro è sempre presente quando vi è ematuria per la presenza di siero di sangue; ma se la sua quantità è tale da superare quella contenuta nel sangue presente nell'urina si può concludere per una lesione renale.

La cistoscopia infine è il mezzo ultimo e più sicuro per accertare se l'emorragia proviene dalla vescica o dai reni ed eventualmente da quale di questi.

***

La piuria dipende da infiammazioni purulente delle varie parti del tratto urinario, o dallo svuotamento in questo di ascessi delle parti vicine. La suppurazione può essere determinata dai comuni agenti piogeni o dal bacillo tubercolare e può complicare la calcolosi, i tumori, i restringimenti.

Innanzi tutto si deve assodare se la torbidità dell'urina sia effettivamente dovuta a pus, dopo di che si cercherà di accertare la sede del focolaio suppurativo e le sue cause.

Per distinguere la torbidità da pus da quella dipendente da altre cause abbiamo a portata di mano mezzi abbastanza semplici. L'intorbidamento prodotto dagli urati scompare col calore; quello da fosfato con l'aggiunta di piccole quantità di acido; quello da carbonati scompare anche con l'aggiunta di acido ma con svolgimento di gas; l'intorbidamento da chiluria scompare agitando l'urina con etere; il muco precipita con l'aggiunta di piccole quantità di acido acetico e si ridiscioglie con un eccesso di acido dopo che l'urina è stata diluita con un eguale volume di acqua.

L'opalescenza determinata dalla batteriuria non è modificata dal calore o dagli agenti chimici, nè si riesce a chiarificare l'urina con la centrifugazione a meno che non si aggiunga dell'alcool.

Un reagente chimico molto semplice per il pus è la soda o la potassa caustica. S'aggiunge una soluzione di questa sostanza all'urina e si agita ripetutamente la provetta: la presenza di pus è segnalata dalla formazione di masse gelatinose molto leggere. E se si raccoglie questo precipitato decantando il liquido e si aggiunge poi ancora soluzione di alcali caustici, si constaterà che il caogulo capovolgendo la provetta rimarrà attaccato al fondo di questa.

La diagnosi di sede del processo suppurativo e della sua causa può farsi in base alla storia del caso, ai sintomi presenti ed all'esame fisico così come si pratica nei casi di ematuria. Occorre solo far menzione di alcune circostanze che sono caratteristiche di alcune condizioni patologiche che danno piuria.

Una piuria intermittente, quando cioè l'urina è perfettamente limpida e poi diventa improvvisamente torbida per presenza di pus, per poi ritornare di nuovo limpida, indica una condizione di cose per la quale c'è un ostacolo temporaneo alla fuoriuscita del pus da una cavità suppurante. In questi casi talora col ritorno dell'urina alla sua limpidezza normale sopravvengono fenomeni settici generali, che scompaiono con la rimozione dell'ostacolo e con la scarica del pus nell'urina. Questi fenomeni si verificano nelle pionefriti complicanti la calcolosi o il prolasso renale. Del resto anche la infiammazione di un diverticolo vescicale o delle vescichette terminali può dare gli stessi fatti.

Anche la comparsa del pus nei varî tempi della minzione ha il suo significato diagnostico. Così quando il pus si trova nell'urina raccolta nel primo bicchiere e non nel secondo si tratta di una suppurazione dell'uretra anteriore. Quando l'urina è torbida sia in primo che in secondo tempo si tratta o di un'uretrite posteriore acuta, nella quale la quantità di pus è tanta da poter rifluire indietro nella vescica, o di un processo suppurativo localizzato alle parti dietrostanti allo sfintere vescicale.

Il pus d'origine renale è caratterizzato dal fatto che esso si deposita in fondo al bicchiere in uno strato denso come una sabbia pesante.

Il liquido superiormente è opalescente per piccole quantità di pus e per la presenza di batterî. Le irritazioni renali croniche, di cui

questo pus è un indice, sono di solito accompagnate da poliuria, e quindi le urine hanno un basso peso specifico. La piuria da tubercolosi renale fa assumere alle urine un colore sbiadito, spesso come quello della limonata ed anche più leggero. La piuria da calcolo è spesso accompagnata da ematuria.

Il pus vescicale è accompagnato da una notevole quantità di muco, quindi esso galleggia ed assume talora un aspetto vischioso. Il pus dell'uretra è anche leggero, ma è mescolato con molto meno muco e perciò si deposita più rapidamente. Nè nella cistite nè nell'uretrite v'ha poliuria per modo che il peso specifico delle urine non è basso come nella piuria renale.

D'altra parte la piuria alcalina è d'origine vescicale mentre quella acida proviene dai reni. Sappiamo ora che la reazione dell'urina dipende dall'azione di germi. L'infezione da *bacterium coli*, da bacillo tubercolare, il gonococco, da bacillo tifoso è accompagnata da urina acida, mentre la infezione da stafilococco, da streptococco, o da protei danno reazione alcalina perchè decompongono l'urina con produzione di ammoniaca. Al riguardo bisogna notare che la infezione da germi ammoniogeni è molto più comune nella vescica che nei reni, nei quali casi è molto rara.

Come per l'ematuria anche per la piuria l'esame cistoscopico derime ogni quistione diagnostica.

Un buon sussidio diagnostico è il completo esame chimico e microscopico delle urine. La presenza di concrezioni di sali urinari, di frammenti di tumore, di numerosi elementi epiteliari delle varie parti del tratto urinario costituisce una buona guida per la diagnosi. Tracce di albumina sono dovute allo stesso pus, ma quando esiste una considerevole albuminuria non si può trattare che di un'affezione renale.

a. a.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 22 luglio 1917.

Presidenza del prof. A. TAMBURINI.

L'Isterismo di guerra

(Rel. prof. DE SANCTIS).

Oggetto della discussione

1° Esiste come forma clinica l'isterismo, rispettivamente *l'isterismo di guerra,* ovvero esistono solamente dei fenomen auto- od etero suggestivi d'incerta e debole consistenza, insomma dei fenomeni pitiatici?

2° Gli strapazzi fisici, la prolungata tensione emotiva e lo shok emozionale (per scoppio di granata a distanza, per bombardamento improvviso e prolungato, per situazioni pericolose, ecc.), possono dar luogo, nei militari, a forme isteriche?

3° Sono da comprendersi nella sintomatologia dell'isterismo di guerra, il carattere isterico, l'esagerazione dei riflessi profondi, le turbe vasomotorie, le convulsioni, i disturbi sistematici della sensibilità, il restringimento del campo visivo, le contratture, le paralisi, ecc.?

4° Si hanno disturbi e sindromi nervose — *sindromi da scoppio* — simili in apparenza alle isteriche, ma che debbono tenersi separate da queste a causa della loro patogenesi?

5° I disturbi di natura riflessa e in generale i sintomi «fisiopatici» descritti dal Babinski sono da togliersi tutti e definitivamente dall'ambito dell'isterismo, malgrado l'oscurità della loro patogenesi, della loro coesistenza con sintomi pitiatici e la facilità delle associazioni *istero-riflesse?*

6° Come contenersi, dal punto di vista medico-legale militare, nel caso di simulazione od esagerazione di disturbi isterici, nel caso di ben constatata nevrosi isterica mono- o plurisintomatica, nel caso di meri disturbi auto- o eterosuggestivi, ossia pitiatici?

***

Il prof. DE SANCTIS, presa la parola, illustra i vari quesiti.

Per il primo viene alla conclusione che i nevrologi italiani non sono dell'avviso che esistono solamente dei fenomeni auto- od etero-suggestivi ossia dei fenomeni pitiatici, ma che l'isterismo e rispettivamente l'isterismo di guerra esiste come forma clinica. Le sindromi isteriche di guerra sono comunissime: ogni medico militare le ammette. Se qualcuno resta perplesso nel decidere intorno ai provvedimenti da prendere per i militari isterici è soltanto perchè teme la simulazione. Ma oggi tutti sono convinti che altra cosa è la simulazione e altro è l'isterismo. Ogni medico militare come ogni medico infortunista deve quindi saper fare la diagnosi differenziale.

In merito al secondo quesito, che ampiamente illustra, dice che i nostri nevrologi militari rispondo-

no tutti affermativamente e tutti i medici italiani ammettono l'importanza causale delle emozioni. Non disconosce che vi siano dei simulatori e delle difficoltà per la diagnosi differenziale tra isterismo e simulazione, ma quando parla d'isterismo esclude la simulazione.

Quanto ai sintomi propri dell'isterismo esposti nel terzo quesito i neurologi sono concordi nell'ammetterli tutti. Gli attacchi convulsivi essi li credono molto frequenti.

Per il quarto quesito fa rilevare che i neurologi italiani ammettono la esistenza delle sindromi da scoppio con fatti organici accertabili ma i casi sembrano piuttosto rari.

In quanto ai disturbi di natura riflessa enunciati nel quinto quesito fa notare che i nostri nevrologi ammettono che sono molto rare le associazioni istero-riflesse e che la patogenesi riflessa non è ancora dimostrata.

Tratta infine del sesto quesito e viene alle seguenti conclusioni: La simulazione di sindromi isteriche è frequente: il medico militare deve saperla riconoscere. Egli è d'accordo con chi vuole negare ai simulatori qualsiasi benefizio. Se i simulatori sono anche degenerati psichici o criminali verranno presi in considerazione come tali e non come simulatori e quindi verranno rinviati o ai tribunali o ai reparti di osservazione per psicopatici.

Quanto agli esageratori e ai perseveratori a normale psicologia la cosa è semplice, basta che il medico tenga conto soltanto di ciò che è reale. Per gli esageratori morbosi si applichi la psicoterapia. Agli istero-pitiatici, in quanto son tali e non simulatori ed esageratori, si negano dai nevrologi francesi sussidi e riforma.

Il prof. De Sanctis crede debba approvarsi tale provvedimento solamente nei casi in cui la guaribilità dei sintomi non è soltanto presunta teoricamente, ma è presumibile caso per caso. Anche per gli isterici detti (inveterati » il provvedimento deve scaturire dall'analisi rigorosa, ma spregiudicata dei singoli casi.

Alla discussione sui vari quesiti parteciparono diversi accademici.

Il prof. S. OTTOLENGHI, in merito al primo quesito ritiene che se, come riferisce il prof. De Sanctis, il Babinski ammette che fra pitiatismo e simulazione non vi sia che differenze morali, queste differenze sono così essenziali secondo il criterio antropopsicologico criminale da differenziare sostanzialmente pitiatismo e simulazione.

Per quanto si riferisce al quarto quesito, avverte che il campo visivo varia tanto notevolmente per influenze psichiche (emotività, eccitabilità) durante l'osservazione, che il clinico deve tenerne conto nelle possibili variazioni e nella valutazione di eventuali restringimenti.

Si intrattiene più ampiamente sul sesto.

Egli conferma completamente dal punto di vista medico-legale il concetto svolto dal De Sanctis sulla simulazione, la cui constatazione abbisogna del concorso del clinico e del medico-legale specializzato. Occorre non limitarsi all'esame del sintomo simulato, deve essere studiato *il simulatore*. E qui si impone l'applicazione dell'antropologia criminale fondata da Cesare Lombroso che slanciò la grande verità: doversi studiare non il reato solo ma il delinquente. L'antropologia criminale ci indica la grande varietà dei simulatori dal normale al morboso onde trarre i criteri sul modo di contenersi.

È quindi sbagliato il concetto accolto dai nevrologi francesi di un provvedimento uniforme per i militari simulatori.

Va fatto plauso al prof. De Sanctis il quale in questa Accademia proclamò la necessità dello studio specializzato medico-legale del grave quesito della simulazione, mentre ancor di recente in un Convegno di medici sociali si contestava la opportunità in analoghe questioni di riferirsi a una medicina legale specializzata. Si augura per il bene del paese che la medicina legale italiana, maestra in questo campo alle altre, possa esplicare tutte le sue forze con la concorde collaborazione dei clinici.

Il prof. RHO, che è stato recentemente a Parigi, riferisce che sono frequentissimi i casi di convulsioni in individui che dopo la licenza ripartano per il fronte, per cui ritiene si debba essere ben guardinghi quando si tratti di convulsioni. Ricorda il caso di un marinaio che la prima volta che ha sparato in una torretta, sparò un cannone da 305 e divenne muto.

Il prof. S. BAGLIONI in merito all'importanza delle cause emozionali di guerra nell'isterismo ritiene che esse non solo hanno un effetto nel campo psicologico ma anche in quello fisiologico e ricorda come il Paulow abbia messo in evidenza nel campo dell'alimentazione l'influenza dei fatti psichici nelle secrezioni. Teme però che spesso si abbia a che fare con simulatori e non con veri isterici.

Il prof. DE CARLI dice che dall'esperienza fatta i casi veri d'isterismo sono rari, e che spesso trattasi di forme che si simulano con facilità. Di casi di sordità isterica ne ha avuti due o tre.

Il prof. PARISOTTI ricorda l'importanza che ha la ricerca dello spostamento del campo visivo pei colori dato che il campo visivo si sottrae a qualunque simulazione e rileva l'influenza che su di esso hanno le emozioni. In merito alla esistenza di sindromi da scoppio con fatti organici accertabili fa rilevare che essi benchè ammessi dai nevrologi sono piuttosto rari.

Il prof. G. BASTIANELLI porta la sua esperienza fatta in molti casi veduti al De Merode. In quanto ai disturbi trofici dei muscoli che si ritengono di origine riflessa la sua esperienza gli farebbe credere che essi si hanno nella maggior parte dei casi in cui sia ferito lo spazio interosseo. In quanto alle contratture dice che c'è una quantità di fatti che intorbidano il giudizio.

Il prof. TAMBURINI in base specialmente all'esperienza fatta personalmente e dai suoi colleghi, nei

sei mesi da che al Nevrocomio militare di Villa Wurtz affluiscono militari affetti da *malattie funzionali del sistema nervoso,* non può che asssociarsi alle conclusioni del prof. De Sanctis. Sui 165 casi, che finora sono stati ricoverati in quell'Istituto, ben 120 presentavano fenomeni da doversi caratterizzare come *isterici.* Si trattava di forme di *paralisi,* di *paresi* e di *contratture* (48 casi); di forme di *sordomutismo, mutismo, afonia, balbuzie* (49 casi); di *istero-nevrastenia* (18 casi); si ebbero 2 casi di *torticolia,* 2 di *camptocormia,* uno di *amaurosi isterica.* Il carattere isterico di questi casi era chiarito dalla constatazione di fenomeni caratteristici, come l'assenza quasi costante del riflesso corneo-congiuntivale e di quello faringeo, la vivactà dei riflessi tendinei, l'aumento dell'eccitabilità meccanica muscolare, il dermografismo, le alterazioni della sensibilità tattile, termica e dolorifica colle forme caratteristiche di manicotto o di guantone, le emianestesie, i disturbi trofici, vasomotori, ecc., fenomeni che, almeno per la maggior parte, non potevano essere ritenuti di natura pitiatica, perchè non erano certo stati prodotti da autosuggestione, nè scomparivano colla semplice etero-suggestione. Oltreciò nella maggior parte di questi malati si notavano anche le stigmate della *psiche isterica:* anomalie (esagerazioni o deficienze) affettive e sentimentali in genere: suscettibilità ed emotività esagerate, ipobulia, mentalità quasi infantile.

Riguardo all'etiologia, nella maggior parte dei casi si trattava di *cause emozionali di guerra:* in molti erano stati *scoppi di granate a distanza,* senza lesioni traumatiche locali. E in molti casi di lesioni traumatiche localizzate, i fenomeni di ipotonia, di paralisi di contrattute, ecc., o si verificavano in regioni lontante dal punto leso, o se localizzate nella stessa regione non avevano però alcun rapporto colla innervazione della parte lesa, rientrando così in quella classe di disturbi a cui si dà il nome di *forme reflesse* o *sindromi fisiopatiche* di Babinski. Riguardo alle quali però si associa alle vedute del Bianchi e del De Sanctis, che cioè non vi siano veri caratteri distintivi dalle forme isteriche, da cui le sfumature sintomatiche indicate da Babinski e Froment non sono sufficienti a differenziarle.

Ma che tutte queste forme, pur avendo caratteri isterici, non sieno puramente *pitiatiche* lo prova il fatto che, mentre la maggior parte di questi malati avevano attraversato per mesi e mesi diversi ospedali ove erano stati infruttuosamente sottoposti o a cure puramente suggestive o a cure meccaniche od elettriche empiriche, invece nel nostro Nevrocomio dopo poche settimane di razionali applicazioni elettroterapiche, congiunte ad opportuna psicoterapia (sempre efficace nelle affezioni d'origine psicogena, come sono quelle isteriche) hanno raggiunto la guarigione.

Prende quindi la parola il prof. A. Ascarelli.

In rapporto al 5° e 6° quesito così ampiamente e dottamente illustrato dal prof. S. De Sanctis, l'O. crede opportuno esporre alcune osservazioni personali e alcuni dati di fatto rilevati dalla lunga pratica di simili sindromi morbose fatta nell'ospedale militare di S. Antonio, che ha l'onore di dirigere qui in Roma, ospedale in cui vengono raccolti tutti quei militari che vengono sospettati di simulazione di malattia o di lesione volontariamente procuratasi. Tra più di 2000 casi osservati, egli ne ha avuti 98 che presentavano sindromi più o meno complesse d'indole neuro-psichica.

Questi 98 casi comprendevano 27 casi di contratture degli arti, 6 di paresi o paralisi, 19 di camptocormie, 16 di vizi dell'andatura, 11 di artape o abape, 7 di tremori. Di questi 98 casi, 34 ne furono denunciati ai tribunali militari perchè ritenuti simulatori, e della diagnosi della simulazione dirà poi brevi parole.

Ora, egli si limita ad alcune considerazioni sui 27 casi di contratture e sui 18 di paralisi, nei quali, in tutti, più o meno tipici ed accentuati, si rinvenivano i sintomi così detti di origine riflessa, illustrati dal Babinski, e sui quali l'attenzione del prof. De Sanctis ed anche quella dell'O. è stata ultimamente richiamata. Tra questi sintomi, quelli che con più frequenza si constatarono furono l'esagerazione dei riflessi, l'ipotomia, la cianosi, disturbi trofici, lieve atrofia muscolare. Più frequentemente dell'ipereccitabilità muscolare agli stimoli elettrici fu invece riscontrata un'ipoeccitabilità. Ma ciò su cui l'O. specialmente insiste, e che dimostra erronea la patogenesi vasocostrittrice di origine riflessa del Babinski è la mancanza del fattore traumatico nella più parte dei casi. Su 27 contratture di cui 15 all'arto superiore, 9 all'arto inferiore, 2 del collo e del tronco, il fattore traumatico si riscontrò rispettivamente 4-3-1 volta, e solo 3 volte il trauma consisteva in una ferita di guerra; sui 18 casi di paralisi in 6 si riscontrò nell'anamnesi un fattore traumatico accidentale, in un solo caso una pregressa ferita d'arma da fuoco.

Questi pochi dati, sembra all'O. che confermino ampiamente lo scarso valore patogenetico da attribuirsi alla teoria del Babinski, come già ha detto il prof. S. De Sanctis.

L'O. riservandosi di più ampiamente dimostrare questi importanti dati, valendosi dell'enorme materiale clinico e medico-legale che sta raccogliendo, venendo a parlare della simulazione di tali complesse sindromi, crede si debbano dividere i soggetti in due categorie di isterici veri e propri e simulatori. Egli non accetta la formula di un pitiatismo per identificare una sindrome isterica attenuata. Classifica tra gli isterici coloro nei quali si rinvengono i classici sintomi più o meno accentuati di questa nevrosi funzionale, ma scarta il concetto di classificare come isterici coloro nei quali si rinvengono delle sfumature isteroidi, come p. es. un lieve restringimento del campo visivo, una scarsa esagerazione dei riflessi e null'altro.

Si pensi che i simulatori sono più numerosi di quel che non s'immagini, si pensi che tutta questa enorme frequenza di tali sindromi in tempo di pace non esistevano! Egli crede che bisogna distinguere la contrattura isterica, la parilisi isterica, ecc., dalla contrattura e dalla paralisi in un individuo

con quache nota esteriore. Costoro sono dei simulatori, e ci si convincerebbe di ciò, osservando un grande numero di casi, come l'O. ha occasione di fare, sebbene in ogni simulatore ci sia qualcosa di pitiatico, ma più frequentemente c'è qualcosa di criminale. Però, secondo l'O., bisogna ben guardarsi da ogni deformazione professionale che è tanto facile. L'O. dice che egli classifica come simulatore il soggetto, sol quando l'esame completo di tutto l'individuo dimostra l'assenza di ogni alterazione organica, e quando l'esame psichico, l'esame anamnestico e l'esame antropopsicologico rendano edotti, con l'accurata e completa osservazione della realtà della simulazione.

Egli si è sempre attenuto a ciò, tanto è vero, che sui 98 casi esaminati, ne ha denunciati solo 34.

Tralasciando di parlare su tutta questa questione nella quale molto vi sarebbe da dire, specie per ciò che riguarda i rapporti tra simulazione e questione sociale, tra simulazione e contagio, tra simulazione e fattore etnico, ecc., fa rilevare tutta l'importanza del problema, e come esso reclami pronti ed energici provvedimenti medici e militari.

E. GROSSI.

Rendiconto della seduta della Società di biologia di Parigi.

Seduta del 12 *gennaio* 1918.

ARNOLD NETTER e M. SALANIER: *Presenza di spirocheti diversi di quelli d'Idea e Inada nell'urina di soggetti affetti da una malattia infettiva nuova; assenza o rarità di questi elementi nell'uretra ed urina allo stato normale.* Costatazione di elementi rassomiglianti a spirocheti della spirochetosi ittero-emorragica ma non patogeni per gli animali, nelle urine di 9 malati (26 esami positivi su 36, ossia 70 per cento). In 47 bambini normali o ammalati di malattie diverse, gli spirocheti non furono trovati che una volta nell'urina su 68 esami. Il risultato positivo è stato ottenuto con le urine e con stisci dell'uretra senza antecedente lavatura del prepuzio e del glande Due esami ulteriori sopra lo stesso soggetto previa lavatura sono stati negativi.

NOËL FIESSINGER: *A proposito di spirocheti del meato e dell'urina dell'uomo normale.* Esistono incontestabilmente al meato degli spirocheti di struttura analoga ai diversi spirocheti patogeni conosciuti: Questi spirocheti da contaminazione nell'adulto non sorpassano la percentuale del 3 per cento. Sono capaci di costituire una causa d'errore per la ricerca della spirochetosi, ma in proporzione ridotta; essa si eviterà praticando per quanto è possibile una lavatura preliminare del meato e del glande, raccogliendo l'urina a metà della minzione.

P. REMLIGER: *Diffusione del virus rabido nella glicerina.*

A. CH. HOLLANDE: *Aumento del potere del liquido fissatore di Beuin in acido picrico per l'aggiunta dell'acetato neutro di rame.*

LERICHE e POLICARD: *A proposito del meccanismo d'azione della luce sulle ferite.* Le modificazioni essenziali indotte dalla luce sul tessuto di riparazione risiedono nell'azione repulsiva sui leucociti polinucleati. L'azione di leucociti nella piaga è ben lungi dall'essere sempre favorevole: in particolare nel tessuto di riparazione hanno manifestamente una influenza nociva per i fermenti triptici che vi apportano. Evitando il loro arrivo nei bottoni carnei di cicatrizzazione la luce esercita un'azione benefica.

RETTERER e FISCH: *Di un mixoma emangiomatoso dovuto alla pressione e d'origine epiteliale.* Un mixoma emangiomatoso grosso come una piccola ciliegia si era sviluppato sulla faccia palmare dell'anulare destro di un uomo di 82 anni che da lunghi anni muoveva tutti i giorni un apparecchio secatore.

S. COSTA H. PECKER: *Depurazione dell'acqua con l'ipoclorito di Na.*

S. COSTA, I. TROISIE e I. DAUVERGNE: *Azione del B. difterico e delle membrane difteriche sugli idrati di C.*

I. COTTET: *Nota sugli streptococchi nelle piaghe di guerra. Frequenza degli strept. anaereobi.*

N. GEORMAGHTIGH: *La gl. surrenale nella gangrena gasosa.*

L.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Emiedema brachiocefalico destro cronico e congenito

Rimbaud e Roger (*La Presse médicale*, n. 37, 1917) affermano che la questione della patogenesi degli edemi localizzati è lungi dall'essere risoluta. Il caso riferito dagli AA. merita di essere ricordato per la sua speciale distribuzione e per le cause, che possono averlo determinato.

Si tratta di un soldato di 19 anni, il quale non ha mai potuto fare servizio a causa di una importanza del suo arto superiore destro.

All'esame si nota come questo è notevolmente edematoso e l'edema interessa anche la metà destra della faccia. Nulla agli arti inferiori ed al superiore sinistro. Si tratta di edema elastico, senza cambiamento di colorazione della pelle; la pressione è indolore. Non si riscontrano disturbi trofici cutanei, normali i peli, temperatura uguale d'ambo i lati. Assenza di varici linfatiche e venose, e di modificazioni ossee (radiografia). L'edema non interessa il torace propriamente detto. Al collo ispessimento leggero, ma netto dei tegumenti: alla faccia l'edema sembra più evidente, particolarmente visibile a livello delle gote, dell'occhio e dell'orecchio.

Non si osservano modificazioni di colorito della faccia, salvo una tendenza alla emicianosi quando il malato flette il capo in avanti. La lingua, la volta del palato sono normali; non esistono turbe della voce, ma si nota una lieve diminuzione dell'acutezza uditiva e visiva a destra. Nessun fenomeno dolorifico, non disturbi della sensibilità. L'esame clinico del torace e dell'addome è negativo, anche all'indagine radioscopica.

In tutto l'arto superiore destro si rileva una notevole ipoeccitabilità alle due correnti, proporzionale all'edema, aumentante e diminuente con questo.

L'emiedema daterebbe dalla prima infanzia: come malattia anteriore una bronchite; W. R. debolmente positiva. Negativa l'anamnesi familiare.

Si tratta in questo caso veramente di un edema e non di una ipertrofia generale dell'arto: solo i tegumenti ed il tessuto cellulare sottocutaneo sono aumentati di volume; le ossa non partecipano al processo. Negative furono le ricerche di casi consimili nella letteratura medica: una sola osservazione, quella di Klippel e Monier si avvicina al caso sopra descritto, ma gli AA. non fornirono di essa alcuna interpretazione patogenica. Claude, nella discussione della osservazione di Klippel, dichiarò di aver visto un caso analogo in una donna morta per tubercolosi polmonare; ed all'autopsia si riscontrò ipertrofia dei gangli del mediastino e delle regioni sopraclavicolari ed ascellare.

Il trofoedema di Meige è spesso famigliare ed ereditario, a volte congenito, ma colpisce sopratutto gli arti inferiori, ha una distribuzione segmentaria, e si manifesta spesso dopo malattie infettive. Questa forma è attribuita ad una alterazione dei centri trofici del tessuto cellulare sottocutaneo, localizzati verosimilmente nella sostanza grigia del midollo, con probabile associazione di lesioni simpatiche primitive, o secondarie.

La distribuzione speciale delle manifestazioni edematose nel caso di Rimbaud e Roger, permette di invocare tutt'altra patogenesi.

L'edema è in essa esattamente localizzato nel territorio della grande vena linfatica. Questa, situata a destra, riceve i tronchi sottoclavicolari, emananti dall'arto superiore destro, ed i tronchi giugulari, che provengono dai gangli cervicali profondi e per essi dalla metà destra della testa e del collo. Raccoglie inoltre la linfa della parte superiore dell'emitorace destro, nel caso degli AA. non interessato. Le anomalie della costituzione della vena linfatica sono però frequenti e potrebbero essere invocate in questo paziente.

Si può quindi ammettere che esista un ostacolo alla circolazione nel tronco della vena linfatica così costituita. Una compressione limitata ad essa si spiegherebbe difficilmente e nessun fatto autorizza ad invocarla. Perciò gli AA. credono alla possibilità di una atresia congenita di questo vaso linfatico, atresia di cui non si può spiegare l'origine, a meno che non si voglia ritenere di qualche importanza il fatto della W. R. lievemente positiva.

P. C.

I sintomi della trombo-angioite obliterante.

Buerger (*American Journal of the Med. Sciences*, settembre 1917) dà innanzi tutto un cenno sulla natura del processo morboso della tromboangioite obliterante. Questa è una lesione infiammatoria acuta dei vasi con trombosi occlusiva, seguìta da un periodo di organizzazione o cicatriziale con canalizzazione del coagulo e riassorbimento dei prodotti infiammatorî ed infine dallo sviluppo di un tessuto fibroso che conglomera arterie, vene e nervi.

Quindi l'A. dà uno schema dei sintomi clinici caratteristici dell'affezione.

1. *Aspetto generale dell'arto.* — Sulla pelle si possono notare screpolature, ulceri perforanti, vesciche, ecchimosi, alterazioni delle unghie, zone di gangrena, segni di linfangioite, sintomi di atrofia, sporgenze ossee e tendinee, scomparsa delle sporgenze normali per edema o inspessimento della pelle e dei tessuti sottocutanei. D'altra parte la pelle assume un colore pallido, cianotico o anche arrossato.

2. *Sintomi nella posizione pendente.* — Quando il piede è pendente anche in assenza di fatti infiammatorî si nota un vivo arrossamento delle dita, del dorso e della pianta fino al collo del piede. Questo fenomeno è caratteristico di tutti i disturbi della circolazione dovuti ad occlusione vasale. Si tratta del *rubor* o *eritromelia* che è un sintomo anche del diabete e dell'arteriosclerosi, ma è particolarmente caratteristico della trombo-angioite obliterante. È dovuto ad una dilatazione compensativa dei capillari superficiali. Quando è costantemente presente anche nella posizione orizzontale si ha il rubor o l'eritromelia cronica.

3. *Ischemia o pallore.* — Questo sintoma si manifesta ogni qual volta l'arto affetto è elevato. La estensione e la rapidità con cui il pallore si manifestano rivelano il grado della ostruzione arteriosa.

4. *Angolo di sufficienza circolatoria.* — La misura di quest'angolo è basata sul presupposto che l'arto normale quando è elevato in modo da essere perpendicolare all'orizzonte ossia di 180° gradi, conserva ancora il proprio colore. Quando esiste un difetto circolatorio elevando l'arto, si ha, come si è detto, il pallore. Se la gamba è poi gradatamente abbassata l'angolo nel quale torna la tinta rossa varia notevolmente. In qualche caso è necessario che l'arto ritorni all'orizzontale perchè ricompaia l'arrossamento.

5. *Assenza di pulsazione.* — L'assenza di pulsazione che a seconda della diffusione dell'affezione può essere rilevata alla femorale, alla tibiale posteriore, alla poplitea, alla pedidia per l'arto inferiore, all'ascellare, alla omerale, all'ulnare ed alla radiale per l'arto superiore costituisce un altro sintoma della trombo-angioite obliterante.

6. *Iperemia reattiva.* — Si dà questo nome alla iperemia che si manifesta nel piede quando questo dalla posizione elevata passa a quella orizzontale. È un fenomeno analogo a quello che si produce dopo l'applicazione del laccio di Esmarch: col ritorno della circolazione si ha una improvvisa dilatazione dei capillari delle parti periferiche. *a. a.*

TERAPIA.

Cura delle uretriti blenorragiche nell'uomo con l'anidride solforosa.

I frequenti insuccessi della terapia classica (Lacombe, *Presse médicale*, 3 gennaio 1918, numero 5) nelle uretriti blenorragiche dell'uomo sono dovuti al fatto che i liquidi iniettati non arrivano a colpire il gonococco annidatosi nelle depressioni uretrali, nelle lacune del Morgagni, nelle formazioni glandulari della mucosa, come pure nel connettivo sub-epiteliale.

Nello scopo di riparare a questo inconveniente l'A. preconizza un metodo di cura col quale la mucosa uretrale è sottoposta all'inalazione, per pressione, di un corpo gazoso, fortemente antisettico, non caustico per gli elementi anatomici della mucosa stessa, facilmente dosabile e maneggevole. Si tratta cioè dell'*anidride solforosa* per ottenere la quale s'impiega:

1° una soluzione A, ottenuta sciogliendo 6 gr. di acido picrico in 1000 cmc. di H^2O;

2° una soluzione B ottenuta sciogliendo 17 gr. d'iposolfito di soda *anidro* nella medesima quantità di H^2O.

Ciò fatto (si prenda ad esempio il caso d'un malato affetto da blenorragia acuta anteriore in periodo di stato) il nuovo trattamento consiste nell'iniettare nell'uretra 5 cm. cubici di una mescolanza delle due soluzioni nelle proporzioni di 4 cm^3 di soluzione A ed 1 cm^3 di soluzione B.

Le due soluzioni essendo in presenza l'una dell'altra, si formerà del picrato di soda, solubile, con sviluppo di SO^2 e deposito di S.

Il volume d'una uretra anteriore di medio calibro allo stato d'infezione gonococcica è presso a poco di 5 cm^3 e questo volume viene riempito completamente dal liquido iniettato: ora risulta dalle esperienze dell'A. che da 5 cm^3 della mescolanza dei due liquidi A e B iniettati nell'uretra con una pressione progressivamente crescente ed uniformemente ripartita contro le pareti uretrali si svolge lentamente l'anidride solforosa che viene in contatto intimo con l'epitelio della mucosa ed esercita la sua azione microbicida non solo sui gonococchi che stanno alla superficie, ma penetrerà altresì in tutti i diverticoli glandolari, negl'interstizi delle cellule, e in tutti quei *ripari*, ove il gonococco resta al sicuro degli antisettici liquidi vanamente iniettati e che non fanno se non scivolare sull'epitelio senza poter arrivare sino ad essi.

La tecnica della cura dev'essere subordinata allo stato in cui si trova la blenorragia.

Così nella blenorragia all'inizio tre iniezioni

al giorno di 4 cm^3 della soluzione A e 1 cm^3 della soluzione B.

In quella in periodo di stato:

1° Caso: Uretrite anteriore. Trattamento identico a quello del primo periodo.

2° Caso: Uretrite antero-posteriore o totale: 3 inizioni al giorno, ma invece di 5 cm^3 iniettare 6 cm^3 della miscela (4 cm^3 8 della soluzione A ed 1 cm^3 2 della B) in modo da irrigare l'uretra posteriore.

Infine nelle blenorragie in periodo di declinazione e nell'uretrite cronica, una iniezione al giorno di 6 cm^3 o di 5 cm^3 (nelle proporzioni più su indicate) a seconda che la prova dei tre bicchieri sia positiva o negativa.

In tutti i casi cura interna appropriata, sospensorio, riposo. Le iniezioni, che devono essere fatte con una siringa graduata, a becco di Janet e dopo che l'ammalato abbia urinato, non sono dolorose. Il liquido iniettato sarà mantenuto nell'uretra almeno per un quarto d'ora. Ciascuna delle due soluzioni sarà riscaldata antecedentemente a 37°.

In 130 casi osservati, l'A. non ha avuto che a lodarsi del nuovo metodo, sia per la rapidità con cui si ottenne la guarigione, sia per l'assenza di complicazioni, sia per la mancanza di ricadute.

V. MONTESANO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(913) *Sincinesie false.* — A proposito delle sincinesie, su cui ha scritto un ottimo articolo il prof. Roncoroni a pag. 1553, fasc. 46 del *Policlinico* del 1917, potrebbe forse essere interessante accertare a quali specie di sincinesie si possono riferire le due seguenti:

1° Quando qualcuno ascolta uno che parla, specialmente se il primo è un po' di pel tondo, e l'altro parla con una certa enfasi, quegli muove le labbra e un po' la testa quasi ad imitazione dei movimenti dell'oratore.

2° Ho visto spesso dei giuocatori di boccia o tiratori di rúzzola, che quando hanno lanciato quella o questa e vedono che non segue la direzione da loro desiderata, piegano il capo, le spalle, le braccia, il corpo, talvolta le gambe, storcono fin la bocca in un certo senso, dal lato specialmente dove vorrebbero che la boccia o la rúzzola cambiassero itinerario.

Abb. n. 2389.

Non trattasi di sincinesie, ma nel 1° caso di fatti di imitazione, nel 2° di reazioni motrici a stati emotivi.

Prof. LUIGI RONCORONI.

(914) *Ricerca dello zucchero nel sangue col metodo Benedict-Lewis.* — Al dott. V. R.:

In un palloncino tarato da 25 cmc., contenente 5 cmc. di acqua distillata si introducono 2 cmc. di sangue. Si agita fino a completa emolisi, aggiungendo 15 cmc. di soluzione acquosa di acido picrico, una o due goccie di alcool per eliminare la schiuma, e poi acqua distillata sino al segno. Si agita e si filtra, prendendo una parte aliquota del filtrato (8 cmc.) che si mette in una provetta larga.

Vi si aggiungono 2 cmc. di soluzione satura di acido picrico, un cmc. (misura esatta) di una soluzione di carbonato di sodio al 10 %, due perline di vetro e 5-10 goccie di olio minerale. Si scalda direttamente sulla fiamma, facendo evaporare fino a che si forma un precipitato. Si aggiungono allora circa 3 cmc. di acqua e si riscalda ad ebollizione, fino a scomparsa del precipitato. Si versa poi il tutto, con le cautele da ricerche quantitative, in un palloncino tarato da 10 cmc., si raffredda, si porta a segno, e, dopo agitato, si filtra a traverso cotone. Si confronta il colore nel colorimetro con quello di una soluzione campione preparata con mg. 0,65 di destrosio anidro, 5 cmc. di soluzione satura di acido picrico, 1 cmc. di soluzione di carbonato di sodio al 10 %, trattata come il campione di sangue e portata poi a 10 cmc.

Il calcolo poi viene fatto, tenendo conto che la parte aliquota presa è $= \frac{8}{25} \times 2$ (cmc.) = cmc. 0.64; a questa quantità si riferisce il quantitativo di zucchero trovato.

L'apparecchio Fridericia si trova presso E. Greiner, 55 Fulton Street - New York. Non ci consta che ve ne siano presso i commercianti italiani.

A. FILIPPINI.

(915) *Negli ispessimenti eczematosi del dotto uditivo esterno.* — All'abb. n. 8813.

La fibrolisina è certo indicata nei casi d'ispessimento del derma per flogosi cronica e può quindi esserne tentato l'uso tutte le volte in cui ciò si verifichi.

Per quanto poi riguarda l'eczema del dótto uditivo esterno è da tenere presente che si ha spesso accumulo di materiale crostoso e squamoso onde occlusione e consecutivo ottundimento dell'udito. In questo caso occorre rimuovere le masse in parola: io mi servo di questa formula: Acido salicilico gr. uno, sciogli in olio di ricino q. b., aggiungi balsamo del Perù gr. due, olio di olive q. b. p. f. gr. cento di peso totale: p. applicazioni locali.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

E. ALFIERI. *La profilassi ginecologica.* Puntata I, 1 vol. in-8° gr. di pag. 153. Napoli, Nicola Jovene e C., 1917.

Il medico è talmente ipnotizzato dallo stato di malattia, che lo stato di salute ed i mezzi per mantenerlo e per rafforzarlo rimangono spesso al difuori del campo della sua coscienza.

Eppure tutti gli sforzi della medicina dovrebbero tendere alla profilassi, perchè questa si dimostra di gran lunga più efficace della terapia, nel senso che è molto più facile evitare il male, anzichè guarirlo.

In realtà la profilassi guida già oggi il pensiero medico e lo dominerà certo in un prossimo avvenire.

Il prof. Alfieri ha rispecchiato questo carattere della medicina moderna attenendosi al campo della ginecologia. Nella sua opera egli segue passo per passo l'organismo femminile dalla nascita alla vecchiaia, dimostrando come si possa tutelarlo efficacemente contro le molteplici insidie del male, sia che questo venga tenuto lontano, sia che venga sorpreso e debellato all'inizio. Egli lumeggia i benefizi ingenti che possono derivare dalla medicina preventiva così largamente intesa, sovratutto nei riguardi della prole.

Il lavoro dell'Alfieri merita tanto più di esser preso in serio esame, in quanto che la distruzione di vite e il depauperamento di energie vitali di cui è causa la guerra, consigliano ai medici, agli igienisti, ai sociologi, agli statisti, di mettere in valore tutte le risorse atte ad assicurare la vitalità delle generazioni future, a riparare, almeno in parte, le devastazioni dell'immane flagello disgenetico.

L. VERNEY.

DOTT. SECCHIERI. *Carta Sanitaria illustrata.*

Così il dott. Secchieri, capitano medico di complemento, intitola una tavola edita a cura delle *Arti Grafiche Vicentine*, in cui egli offre ai nostri soldati di Sanità (molti dei quali, dopo due anni di guerra, sono completamente all'oscuro sulle nazioni fisio-patologiche del corpo umano), agli studenti delle scuole medie, agli operai degli stabilimenti industriali, agli automobilisti — persone tutte cui necessita all'occorrenza di apprestare cure d'urgenza — una guida semplice, pratica, dimostrativa.

Questa Carta Sanitaria raggiunge pienamente lo scopo.

VARIA.

I cani vaganti e la salute pubblica.

Uno zoologo americano ha compilato un elenco delle malattie che i cani possono trasmettere, e cioè: 1) la rabbia all'uomo ed al bestiame; 2) le cisti idatidi all'uomo ed al bestiame; 3) il cimurro al bestiame (e forse all'uomo); 4) la cisticercosi muscolare alle pecore ed alle renne; 5) le tenie all'uomo; 6) gli ascaridi all'uomo; 7) i distomi al bestiame ed all'uomo. Inoltre le pulci ed altri insetti che essi spargono, possono diffondere, a loro volta, altre malattie.

È dunque necessario che la società venga protetta dai pericoli che il fedele amico dell'uomo comporta.

Sotto tale punto di vista, più che i cani appartenenti a proprietarî, generalmente ben tenuti e curati, sono pericolosi i cani vaganti: è a questi che si deve rivolgere specialmente l'attenzione dei pubblici poteri per impedire che da una malintesa indulgenza ne venga un grave danno sociale. L'applicazione severa della museruola ha fatto quasi scomparire la rabbia dall'Inghilterra e dalla Scandinavia; sarebbe quindi necessario che altrettanto si tentasse anche nel nostro paese, curando che la legge non rimanga, come troppo spesso, lettera morta. *ini.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CARPANO MATTEO. Su di un metodo rapido di colorazione dei corpi di Negri nella rabbia e sulla speciale struttura che si mette in evidenza col metodo stesso. — Milano, 1916.

GABBI U. Dissenteria amebica. Note epidemiologiche cliniche e profilattiche. — Roma, 1916.

GREELEY HORACE. Cultivation of the organisms of vaccinia, variola and varicella. — New York, 1916.

BAJLA EUGENIO. Come si distribuiscono topograficamente le malattie contagiose negli aggregati urbani. — Milano, 1916.

CAMMARATA ANTONIO. Meningite tubercolare simulante nel suo periodo prodromico la sclerosi a placche. — Napoli, 1916.

PIAZZA LORENZO. Le condizioni sanitarie dei 32 Comuni della Provincia di Siracusa. — Palermo, 1916.

RUGGI GIUSEPPE. Ferita del fegato da arma da fuoco: voluminosa raccolta ematico-biliare sottodiaframmatica. — Bologna, 1916.

SELVI GIOVANNI. — Il problema dei mutilati ed invalidi di guerra. Tutela sanitaria e tutela sociale. — Roma, 1916.

FAZIO FERDINANDO. La cura del mutismo psico-isterico dei militari combattenti. — Napoli 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Dispense ed esonerazioni per i laureati in medicina e chirurgia.

Riportiamo le norme esecutive del decreto luogotenenziale 9 dicembre 1917, n. 1895, pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* del 21 dicembre n. 300 e con circolare n. 811 nel G. M. 1917, da noi già riportato nel fasc. 51, 1917.

Ad ovviare alle più sensibili manchevolezze dell'assistenza sanitaria civile, determinata dalle prevalenti necessità militari e a distribuire ancora più equamente i pericoli e i disagi del servizio di guerra, provvede il decreto luogotenenziale del 9 dicembre 1917, n. 1895, pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale*.

Ferme restando le disposizioni di cui nel decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, n. 1529, e cioè che ai medici delle classi 1884 e più giovani, non possa essere concessa dispensa od esonero in nessun caso, viene ora stabilito che i medici di classi meno giovani (1882-1883) possono ottenere l'esonero soltanto se inabili alle fatiche di guerra, mentre per tutte le classi più anziane tale condizione non viene più richiesta.

Saranno inoltre revocate tutte le dispense e gli esoneri concessi ai medici che non abbiano prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra, sistituendoli presso le amministrazioni civili con altri che tale servizio abbiano prestato, salvo casi accertati e senza dubbio rarissimi di vera e propria indispensabilità personale.

Il provvedimento s'incardina sui seguenti concetti: che la materia relativa alla dispensa ed agli esoneri di qualsiasi specie riflettenti medici aventi obbligo di servizio militare, è unicamente disciplinata dal decreto suddetto; che la dispensa e l'esonero temporaneo sono inerenti alla funzione o all'ufficio esercitati e non alla persona di chi la esercita, la quale perciò può essere sostituita; che l'ufficio, la funzione od il servizio vi siano stati stabilmente istituiti prima della dichiarazione di guerra.

Gli articoli 1 e 2 sanciscono una migliore disciplina delle dispense da concedere per «necessità d'assistenza sanitaria civile» alle quali dispense od esonerazioni temporanee provvedevano prima il R. Decreto 13 aprile 1911, n. 374, sulle dispense in generale, e gli articoli 5 e 6 del decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469.

L'art. 3 mantiene in vigore le norme del decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, n. 1529 per la cui applicazione devonsi richiamare le istruzioni della circolare n. 1853302 del Ministero guerra - Ufficio sanitario e n. 204001 del Ministero interno D. G. S. P.

L'art. 4 poi demanda al Ministero della guerra, come sempre d'altra parte è stato praticato, ogni decisione in materia.

***

Altra importante innovazione è introdotta circa la costituzione della commissione di cui al decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, coll'averne chiamato a far parte il presidente dell'ordine dei medici il quale oltre a portare l'autorevole contributo della sua esperienza tecnico-professionale, concorrerà senza dubbio efficacemente quale legittimo rappresentante della classe medica a rimuovere ogni causa di artificiosa indispensabilità personale eventualmente rappresentata dagli interessati.

Il parere della commissione deve essere motivato a seconda stabilisce l'art. 5 riguardo i casi di cui alla lettera *c*) dell'art. 1 e quelli contemplati dagli art. 2 e 7. Per i casi invece di cui alla lettera *a*) e *b*) dell'art. 1 la dispensa viene concessa sulla presentazione di un certificato del capo dell'amministrazione o dell'ufficio competente dal quale risulti il possesso dell'impiego che è riconosciuto come titolo atto a conseguirla.

Tutti, poi, i capi delle amministrazioni da cui dipendono i militari laureati in medicina e chirurgia dispensati od esonerati, sotto comminatoria delle sanzioni penali, debbono, a norma dell'art. 8, immediatamente partecipare, al comando del distretto militare, le variazioni che, comunque, importino la cessazione del beneficio.

***

Gli articoli 6 e 7 riguardano particolarmente la revoca delle dispense e degli esoneri che viene senz'altro determinata dal Ministero della Guerra quando sia venuto a mancare nel militare dispensato il possesso dell'impiego per il quale la concessione erasi verificata nei casi *a*) e *b*) dell'art. 1.

Per gli altri casi, prima di determinare la revoca, il Ministero della guerra per poter giudicare sulla base di tutti i possibili elementi, sentirà la commissione di cui all'art. 5 e, nel caso di parere contrario, interpellerà anche il Ministero dell'interno.

***

Ciò premesso, occorre mettere particolarmente in rilievo che l'attuazione del decreto di che si tratta, deve avvenire in modo da eliminare qualsiasi ragione di perturbamento, tanto per l'organizzazione del servizio di assistenza sanitaria civile, quanto per le conseguenze finanziarie delle amministrazioni pubbliche interessate, il tutto però, senza transigere sulla più volte affermata necessità che tutti i sanitari e specie i più giovani, diano il loro personale tributo al servizio militare.

Sotto tale aspetto si preordina un piano di cautele intese ad evitare qualsiasi tumultuarietà nell'applicazione delle nuove disposizioni.

A tale scopo si seguiranno le seguenti norme:

Le RR. Prefetture entro un mese dalla data della presente circolare provvederanno a rinnovare

presso il Ministero della guerra la richiesta della dispensa dei laureati in medicina che si trovano nelle condizioni di cui alle lettere *a*) e *b*) dell'art. 1 allegando i relativi certificati di cui all'art. 5 prima parte, ed in pari tempo, a sottoporre a nuovo esame tutte le dispense e gli esoneri già concessi in virtù del decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469.

Passato tale termine verranno senz'altro revocate le concessioni sulle quali non siasi provveduto a norma del nuovo decreto.

Nel sottoporre tali concessioni all'esame della nuova commissione all'uopo istituita, è necessario tener presente i criteri dianzi esposti e soprattutto lo spirito di sacrificio che deve animare la classe sanitaria anche nel disimpegno dei servizi civili.

Saranno pertanto tenuti ben presenti quali elementi necessari per la concessione della dispensa o dell'esonero, la constatata indispensabilità e la insostituibilità in rapporto alla specialità del servizio, alla popolazione, alla coesistenza di altri sanitari, al numero degli ammalati, alle condizioni profilattiche e sanitarie locali.

Per provvedere il più sollecitamente e adeguatamente possibile alla sostituzione nei servizi civili dei medici che non hanno prestato almeno un anno di servizio militare in zona di guerra, ogni prefettura, presi accordi diretti con le amministrazioni civili interessate, designerà al Ministero della guerra (Direzione generale di sanità militare) il nome del medico che si gradirebbe in sostituzione del precettato, non oltre il termine di 30 giorni già stabilito.

Al Ministero della guerra saranno comunicate le generalità complete del sostituendo sanitario indicando altresì le condizioni nelle quali il servizio si svolge in rapporto alle attitudini fisiche ed alla preparazione tecnica che occorrono per il disimpegno dell'ufficio stesso, lo stipendio assegnatogli e le altre competenze eventualmente spettantegli, il distretto militare cui appartiene, nonchè tutte le notizie necessarie a identificare il sanitario che potrebbe sostituirlo.

Per agevolare il compito arduo e delicato del Ministero della guerra, le prefetture comunicheranno immediatamente la eventuale impossibilità di designare nomi di surroganti, quando tale impossibilità si appalesi loro evidente.

Il Ministero della guerra provvederà per la sostituzione con un medico che possegga i necessari requisiti, ne darà comunicazione al prefetto e contemporaneamente inviterà il distretto militare a precettare il sanitario che dovrà essere sostituito.

La sostituzione sarà fatta contemporaneamente ed in modo da assicurare la continuità e la piena efficenza del servizio civile.

Entro cinque giorni dalla pubblicazione della presente, i signori prefetti parteciperanno al presidente dell'ordine dei medici della rispettiva provincia la sua nomina a membro della commissione provinciale per le dispense e per gli esoneri dei medici, alle cui sedute dovrà intervenire personalmente o in caso di legittimo impedimento potrà farsi sostituire dal membro più anziano del consiglio dell'ordine.

Nello stesso termine il Ministro della guerra comunicherà ad ogni prefettura il nome dell'ufficiale superiore medico effettivo designato a far perte della commissione stessa.

Le deliberazioni di questa, per essere valide, dovranno essere prese con l'intervento di quattro almeno dei suoi componenti, ed in seguito ad invito loro comunicato due giorni prima.

È superfluo insistere nel mettere in rilievo la importanza morale oltre che militare, delle attuali disposizioni, poichè essa appare manifesta di per sè.

Per evitare però, che le disposizioni stesse praticamente restino frustrate o comunque alterate, è necessario che ogni componente della commissione esplichi un'azione improntata a cosciente rigore ed intonata alla solennità e gravità del momento.

Dispensa ed esonero ai laureandi in medicina. — La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un Decreto luogotenenziale concernente la dispensa dalla chiamata alle armi e l'esonerazione temporanea dal servizio militare dei laureandi in medicina e chirurgia.

Per gli studenti di medicina in servizio militare. — Il ministro della Guerra, generale Alfieri, ha risposto con la seguente lettera ad una domanda dell'on. Serra: «In risposta alla sua richiesta circa gli eventuali provvedimenti di questo Ministero per i corsi di medicina e di chirurgia da frequentarsi da militari, sono in grado di significarle che si era disposto perchè anche per il corrente anno scolastico si fosse tenuto un corso presso le rispettive Università per i militari di sanità studenti del terzo e del quarto anno di medicina, ma il decreto relativo è rimasto frattanto sospeso, poichè il Comando Supremo ha fatto presente che non può ancora inviare nè militari studenti nè ufficiali.

I duplicati di pubblicazioni nella stampa medica periodica. — Richiamiamo tutta l'attenzione dei nostri collaboratori sui suggerimenti e sui moniti contenuti in una opportuna circolare diramata dalla Presidenza dell'«Associazione della Stampa Scientifica Italiana» (Sezione Medica) ai rappresentanti dei periodici federati. La circolare mette in rilievo una frequente contravvenzione alle buone norme del giornalismo scientifico, la quale nelle attuali distrettezze cagionate dalla penuria di spazio, diviene inescusabile.

Essa dice:

«La Giunta direttiva della A. S. S. I. M. segnala ai periodici federati il frequente ripetersi di pubblicazioni contemporanee dello stesso lavoro originale in varii periodici, inconveniente evidentemente dovuto a che i singoli autori si permettono di chiedere contemporaneamente ospitalità a varie redazioni per la stessa nota.

È manifesto che questo fatto è di danno alla personalità dei singoli periodici e contribuisce a ridurre inutilmente lo scarso spazio in essi disponibile.

La Giunta direttiva crede che sia il caso di invitare i colleghi federati a opporsi al dilagare di

tale sistema, richiamando gli autori alle corrette norme di collaborazione giornalistica, e prendendo eventualmente provvedimenti verso quegli autori che riuscissero ancora a sorprendere la buona fede delle singole redazioni.

Tutto al più, si potrebbe ammettere che un autore dia ad un periodico una comunicazione preventiva od un autoriassunto, indicando dove il lavoro verrà o è stato integralmente pubblicato: ma anche ciò sempre con preavviso e previo accordo colle redazioni dei rispettivi periodici».

ATTI PARLAMENTARI.

Per i servizi sanitari militari. — L'on. Sanarelli ha interrogato il ministro della guerra per sapere se, in seguito ai gravi e notori inconvenienti che si vanno verificando, alla fronte, nella organizzazione del servizio sanitario e nell'impiego non sempre adeguato dei mezzi e dei presidii sanitari, non creda opportuno sottrarre agli uffici delle intendenze la responsabilità di tutti i servizi sanitari, affidando questi ultimi a un comando competente, il quale, in rapporto diretto con la Direzione generale centrale della Sanità militare, sia in grado di svolgere un'azione meglio coordinata, più sollecita ed efficace.

Per la stampa sanitaria. — L'on. Sanarelli ha interrogato i ministri dell'industria e dell'interno per sapere se, in considerazione della speciale importanza che, in tempo di guerra, assumono le discipline sanitarie, non soltanto per la tutela della salute del paese e dell'esercito, ma altresì per la cura e il recupero dei militari ammalati e feriti e, se in vista dell'alto compito spettante alla stampa nel diffondere i progressi e le nuove conquiste nel vasto campo igienico e medico-chirurgico, non credano opportuno e doveroso l'usare un trattamento di favore alle pubblicazioni periodiche d'indole sanitaria, come si pratica nell'impero germanico, ove il Governo contribuisce nella misura del 50 per cento alle spese della carta, senza imporre alcuna riduzione di pagine o di formato.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7111) *Cassa di previdenza - Interinato.* — Dott. A. P. da M. — Per tassativa disposizione delle norme attualmente in vigore per il servizio della cassa di previdenza pei medici condotti, il servizio interinale non è computato che per raggiungere il diritto al conseguimento della pensione ma non per la valutazione della pensione stessa. I due anni di servizio prestati come interino, serviranno per compiere i 24 anni e 6 mesi prescritti, ma non concorreranno per accrescere la entità della pensione che potrà competerle.

(7112) *Servizio ostetrico - Obblighi del medico condotto.* — Dott. N. L. da C. — Il medico chirurgo condotto è obbligato ad eseguire tutte le operazioni che si appalesano indispensabili, tenuto, però, conto dei mezzi di cui dispone e della esistenza di locale adatto.

Se per speciali circostanze di ambiente non può operare, deve indirizzare l'infermo, che sia trasportabile, nel più vicino ospedale. Le operazioni ostetriche sono sempre operazioni chirurgiche e competono, in linea di massima, a quel sanitario che per contratto ha l'obbligo della cura ed assistenza sanitaria pei poveri e sono eseguite, al pari delle altre gratuitamente. La levatrice condotta che assiste il medico operante avrebbe diritto a speciale compenso perchè la sua assistenza, se non è richiesta, nella specialità del caso, da ragioni inerenti alla sua professione, deve essere considerata come atto estraneo alle sue funzioni normali e meritevole, perciò, di compenso. Non possiamo pronunciarci sulla entità del compenso, che può competere ad un medico libero esercente per la esecuzione di operazioni ostetriche, giacchè la determinazione di tale compenso è in relazione a molte circostanze locali che sfuggono a chi non sta sul posto e si renda da sè ragione della prestazione eseguita.

(7113) *Esonero dei medici condotti.* — Dott. M. C. da C. d. F. — L'esonero è accordato a' medici condotti per assicurare l'assistenza sanitaria in una determinata località. Esso è, quindi, stabilito *intuito loci* e non *intuitu personae.* Locchè importa che cambiando il medico la propria sede decade l'esonero precedentemente ottenuto. Può, però, ottenerlo per la nuova condotta, ma occorre, in tal caso, ripetere l'intera procedura facendo dal sindaco inviare al Prefetto la relativa domanda adducendo i motivi per cui ritenga che l'opera del sanitario sia indispensabile ed insostituibile.

(7114) *Assegno dell'ufficiale sanitario.* — Dottore L. F. da L. — L'assegno da corrispondersi all'ufficiale sanitario costituisce una spesa obbligatoria, che il Comune non può rifiutarsi di inscrivere in bilancio, nel quale avrebbe già da tempo dovuta essere impostata. Però siccome Ella assicura che nulla ancora si è fatto e pare che nulla si intenda di fare, non resta che ricorrere alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 219 del testo unico della legge Comunale e Provinciale approvato con R. Decreto del 4 febbraio 1915, n. 148, per chiedere che, udito il Consiglio Comunale, si faceva di ufficio l'allocazione necessaria nel bilancio, non solo per l'anno corrente ma eziandio per quelli decorsi, fin da quando l'assegno dovutole fu determinato nel suo preciso ammontare.

(7115) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da L. C. — L'indennità caro-viveri si deve liquidare, nel caso da Lei esposto sullo stipendio di lire 2500, comprendendo in esso l'assegno di ufficiale sanitario, che non è temporaneo o provvisorio. Resta ferma l'indennità deliberata dal Consiglio Comunale se la relativa deliberazione sia autorizzata al R. Decreto del 26 luglio 1917, n. 1181, perchè l'articolo 1, capoverso ultimo di detto Decreto, fa salvi i maggiori assegni eventualmente deliberati dai Consigli Comunali perchè anteriori alla pubblicazione di esso.

Avvertiamo, intanto, per norma che il D. L. 26 luglio, contrariamente a quanto Ella crede,

fissa l'indennità caro-viveri nella misura del 30 o del 25 per cento a seconda che lo stipendio sia inferiore o superiore alle annue lire 1500, ma bensì dice che a colui che è fornito di stipendio non superiore a lire 1500 annue, compete l'indennità di lire 30 mensili e che a colui che è fornito di stipendio superiore fino a lire 4500 compete la indennità di lire 24 mensili.

(7616) *Nomina ad interino-ufficiale sanitario.* — Dott. F. I. da B. — La sua posizione, in codesto Comune è irregolare giacchè anche per la nomina ad interino non basta una semplice lettera del sindaco, rinnovabile di mese in mese, ma occorre regolare deliberazione consigliare o, quanto meno, una deliberazione di Giunta, presa in linea di urgenza con i poteri del Consiglio. Della carica di ufficiale sanitario non può investirla il Consiglio Comunale, ma occorre un decreto del Prefetto. Solo in base a tale atto di nomina ad incarico provvisorio, potrà pretendere che il Comune, il quale non ha mai detta una parola al riguardo, le attribuisca la somma che trovasi stanziata in bilancio per ricompensa dell'opera dell'Ufficiale sanitario. Faccia domanda pertanto, al Prefetto perchè in vista della necessità che il pubblico esercizio di vigilanza igienica sia regolarmente disimpegnato, le conferisca la carica con conseguente determinazione dello stipendio. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 7232:

Spetterebbe all'autorità militare di richiamare il collega a nuova visita: comunque egli non farà male a ricordarsi alla Direzione di sanità da cui dipende.

Data la relativa anzianità della sua classe ed il fatto di aver fatti già 16 mesi in zona di guerra è però possibile che, anche se riconosciuto idoneo incondizionatamente, venga di nuovo mobilitato. Dati i titoli ed il servizio prestato gli verrà, se richiamato, conferito il grado di capitano: tale nomina non può però essersi effettuata durante il periodo della sua indisponibilità.

All'abb. n. 5324:

La circolare 734 del 1916, che il collega potrà riscontrare, prescrive i titoli occorrenti per le assimilazioni dei medici ai varii gradi militari.

Da essa risulta che la equiparazione degli assimilati agli ufficiali medici di complemento esiste ed è completa.

All'abb. n. 3686:

La promozione dei capitani medici effettivi con anzianità 14 gennaio 1915 sono già iniziate, ma questi ufficiali formano nell'Annuario un gruppo assai numeroso e non può dirsi quando la promozione si effettuerà per tutti.

All'abb. n. 6667:

Il collega verrà probabilmente lasciato in congedo fino a che la commissione per gli esoneri non si sia pronunziata sul suo conto.

All'abb. E. B. da V.:

La dispensa od esonerazione ai laureati in medicina e chirurgia è stata disciplinata da un decreto luogotenenziale (9 dicembre 1917) e tale decreto venne pubblicato con circolare del Ministero della guerra n. 811, S. M. 1917. (Cfr. questo periodico, 1917, n. 51, pag. 1500 e fascicolo attuale, pag. 119).

Al dott. U. R. da G.:

La differenza che passa tra l'art. 1 e l'art. 2 del decreto per l'esonero dei medici dal servizio militare è che il primo riguarda la dispensa dei medici che ancora debbono presentarsi alle armi, mentre l'art. 2 concerne gli ufficiali medici che già sono in servizio.

Per questi si parla di *esonero* e non di *dispensa*.

Per il dott. A. D. C.: Presso l'Ufficio di censura Militare pei rigionieri di guerra in Roma è giacente moltissima corrispondenza vecchia, che si va smaltendo, inoltratavi in blocco dagli Imperi Centrali; quindi non c'è da preoccuparsi del ritardo nell'avere notizie dirette. Si può provare a richiederne per mezzo della Croce Rossa.

Sono in corso le pratiche per lo scambio di tutti i medici prigionieri. M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I - ANCONA. — Cercasi subito medico-assistente. Stipendio mensile netto L. 120, oltre l'alloggio e il vitto tutti i giorni nell'Istituto e qualche incerto. L'aspirante dovrà essere libero dal servizio militare e da impegni colla Croce Rossa Italiana. Per informazione rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

Ci vengono indicate due condotte mediche vacanti che potrebbero essere occupate dai medici profughi del Friuli:

POMPONESCO (Mantova); condotta molto buona, in piano, senza bisogno di cavalcatura e che potrebbe rendere circa 5-6 mila lire, cioè 4380 del Comune e 1500 circa di incerti. Itinerario: Reggio-Guastalla o Brucello-Passo del Po, oppure Mantova-Gazzuolo-Pomponesco.

CIZZOLO, Comune di Viadana (Mantova). Anche questa, senza obbligo di cavallo, buonissima. Stipendio del Comune 4745, più si potrà calcolare sopra 1500 lire di incerti. Itinerario: Mantova-Gazzuolo-Cizzolo.

Per trattative rivolgersi al sindaco di Viadana.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Sono promossi al grado di Ordinario: Allaria Giov. Battista, di Clinica pediatrica, a Torino; Baglioni Silvestro, di Fisiologia, a Pavia; Besta Carlo, di Clinica delle malattie mentali e nervose, a Messina; Calderaro Salvatore, di Clinica oculistica, a Catania; De Lieto-Vollaro Agostino, di Clinica oculistica, a Firenze; Di Mattei Emilio, di

Medicina legale, a Messina; Herlitzka Amedeo, di Fisiologia, a Torino; Filia Amerigo, di Clinica pediatrica, a Sassari; Giuffrida-Ruggeri Vincenzo, di Antropologia, a Napoli; Mascarelli Luigi, di Chimica farmaceutica, a Cagliari; Rossi Ottorino, di Clinica delle malattie mentali e nervose, a Sassari; Stanziale Rodolfo, di Clinica dermosifilopatica, a Messina; Taddei Domenico, di Patologia spec. chirurgica dim., a Siena.

Trasferimento di Professori col loro consenso: Coronedi Giusto, O. di Materia medica e Farmacologia è trasferito col suo consenso all'Istituto di studi sup. e prat. di perfez. in Firenze.

Tusini Giuseppe, O. di Clinica chirurgica e Medicina operatoria, è trasferito da Modena a Parma

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Comolli Nino, da Milano, tenente medico battaglione Regia guardia di finanza. — Durante un violento contrattacco nemico riorganizzava, di sua iniziativa, il rifornimento delle munizioni, validamente coadiuvando, con tale opera, il comandante della compagnia in un momento critico. — Monte Sperone, 6-14 aprile 1916.

De Rosa cav. Michele, da Casamarciano (Caserta), tenente colonnello medico sezione sanità. — Durante un intenso bombardamento nemico, noncurante del pericolo, riuniva una squadra di volonterosi, la guidava fra le macerie di case fatte segno al fuoco di artiglierie di grosso calibro e raccoglieva feriti e cadaveri, dando prova di alto sentimento umanitario e di sereno coraggio. — Piovene, 15 giugno 1916.

Mazzaglia cav. Giovanni, da Nicolosi (Catania), maggiore medico ospedale militare. — Diede continua prova in ogni circostanza di attività ed intelligenza, e seppe mostrarsi intrepido sotto il fuoco nemico, incitando con il suo esempio i dipendenti nell'opera di soccorso e di sgombero dei feriti. — Sagrado-Sdraussina, marzo-giugno 1916.

Sabatini Arturo, da Ciro (Catanzaro), tenente medico reggimento fanteria. — Trovandosi in prima linea sotto l'intenso fuoco dell'artiglieria avversaria, medicava e soccorreva i feriti e provvedeva con calma al loro sgombero. — Costa Violina, 16 maggio 1916.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. cav. CARLO FERRANTI ha dato alla patria due figli:

FERNANDO, di anni 23, tenente dei granatieri, morto il 31 maggio 1916 sull'Altipiano di Asiago;

VASCO, di anni 19 volontario sottotenente, morto il 26 luglio 1917 sul piccolo Lagazuoi a quota 2668.

Il figlio superstite AMEDEO è tenente in zona di guerra. Egli è maggiore medico di complemento e l'unica sua figlia LIDUINA è stata lungamente in zona di guerra infermiera della Croce Rossa.

Il dottor ANDREA PIERANTONI da Bomba ha dato alla patria il figlio GIUSEPPE di anni 19, sottotenente, morto il 19 agosto 1917 sul Monte San:o.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Per tre valorosi colleghi caduti per la Patria.

Parta dalle colonne del *Policlinico* una parola di speciale rimpianto per tre nostri compagni gloriosamente caduti: il capitano VIVIANI, il capitano MALATESTA, il tenente BORGOGNONI.

Quando nell'ultima notte dell'anno la furia degli aeroplani nemici, col favore della luna, si abbattè sulle nostre cittadine venete, anche Castelfranco pagò il suo amaro tributo. Malgrado gli evidentissimi segni internazionali sui tetti, l'ospedale... fu colpito subito una prima volta dai velivoli discesi a bassissima quota. E mentre tutti gli ufficiali medici, sfidando l'imminente pericolo, prodigavano con serenità imperturbabile tutta l'opera loro ai colpiti, in sala di medicazione, una seconda bomba cadde su di essi. Morirono immediatamente il capitano Malatesta ed il tenente Borgognoni. Il capitano Viviani, gravemente ferito all'addome, fu trasportato nel prossimo ospedale francese, ove malgrado le preziose fraterne cure moriva l'indomani. L'esequie di Costelfranco a tutte le vittime furono imponentissime. I nobili e valorosi nostri alleati francesi, che curarono i funerali del capitano Viviani, vollero poi, con gentile sentimento di cameratismo, che le spoglie del compianto chirurgo fossero accolte nel recinto dei gloriosi morti francesi di questa campagna d'Italia. Per la nazione sorella parlò il colonnello medico direttore dell'ospedale con espressioni delicate di solidarietà e di rimpianto. Pel nostro corpo sanitario parlò con accento di viva commozione il maggiore medico prof. Capasso (1), direttore del prossimo ospedale da campo. Egli nell'esprimere il comune rammarico per l'atto esecrando di cui era stata vittima il colto, operoso e modesto chirurgo romano, trovò modo molto opportunamente di mandare una alata parola di gratitudine al corpo sanitario francese ed all'eroico esercito alleato che divide ora con noi sui monti insanguinati la gloria della difesa ed il peso dei sacrificii.

Gli ufficiali medici della IV Armata.

(1) Il maggiore medico prof. Capasso fu anche lui ferito nella triste giornata del 25 ottobre, durante il tragico bombardamento di Canale dove dirigeva un ospedaletto chirurgico avanzato.

NOTIZIE DIVERSE

Società Napoletana Antitubercolare.

Il 20 gennaio, in una sala dell'Università, con l'intervento delle autorità cittadine, civili e militari ed accademiche, ebbe luogo in Napoli una riunione indetta dal Comitato napoletano per la profilassi antitubercolare costituito dai proff. L. Bianchi, V. de Giaxa, G. Miranda e O. Caro, allo scopo di costituire una « Società Napoletana Antitubercolare ». L'on. prof. Bianchi, presidente, tenne il discorso inaugurale, nel quale egli ringraziò anzitutto S. A. R. la Duchessa d'Aosta, per avere concesso alla costituenda Società il suo alto Patronato e assegnato una cospicua elargizione; poi l'oratore ha delineato il programma della Società, che si propone la lotta antitubercolare specialmente nei riguardi dei militari e dei bambini predisposti: ha insistito sulla necessità di intensificare l'azione e di coordinare gli sforzi, valendosi per ora delle istituzioni già esistenti o di prossima attuazione, come l'Ospizio marino permanente in Bagnoli diretto dal prof. Curcio, l'Ospedale per bambini di Villa Dini a Posillipo sorto per iniziativa del prof. Tropeano, il sanatorio per militari tubercolotici in esecuzione, ecc. Il primo termine che la Società si propone di raggiungere è lo costruzione di alcuni dispensari antitubercolari; per i primi due già esiste la concessione dei ruoli, uno stanziamento di L. 60,000 da parte del Comune ed un fondo di cassa di L. 25,000 che dal Comitato passa alla Società.

L'assemblea procedette poi all'approvazione dello statuto, che reggerà la nuova Società.

L'attività finanziaria di quest'ultima si è iniziata nella stessa assemblea inaugurale, con la sottoscrizione da parte degli intervenuti di oltre 6000 lire.

La Sala Wilson al Sanatorio " Giornale d'Italia ".

A titolo di riconoscenza per la cospicua elargizione ricevuta dalla Croce Rossa Americana, la direzione del *Giornale d'Italia* ha deliberato di intitolare al nome del Presidente degli Stati Uniti, dott. Woodrow Wilson, una sala del Sanatorio per bambini tubercolotici in Ariccia. L'Ambasciatore americano a Roma ha espresso il suo gradimento alla Commissione, recatasi a presentargli questa deliberazione.

Il Giappone per i nostri feriti e profughi.

L'ambasciatore del Giappone ha consegnato alla presidenza del Consiglio la somma di lire 1,556,470 destinate ai nostri soldati feriti ed ai profughi delle provincie invase. Detta somma è stata raccolta da una Società giapponese, che ha a capo il principe Tokmgawa, presidente della Camera dei Pari, e che annovera tra i suoi promotori il presidente del Consiglio.

Propaganda antipatriottica.

Sono stati condannati per propaganda antipatriottica: il dott. Grancini Camillo, segretario dell'A. N. M. C., dal Tribunale di Monza, a 8 mesi di reclusione e 500 lire di multa; il dott. Casarza Guglielmo alla stessa pena, ridotta dalla Corte d'Appello di Modena a 4 mesi di reclusione e 200 lire di multa; per la stessa ragione è stato arrestato il veterinario dott. Curradi Giovanni, già presidente dell'Unione Veterinaria Italiana.

Pro medici profughi.

Il presidente dell'Ordine dei medici di Torino, prof. Boccasso, mettendosi prontamente in rapporto con le autorità civili e militari della Provincia e coi dirigenti di enti privati, è riuscito in breve ad occupare i nove colleghi profughi che avevano trovato ospitalità a Torino, ha poi interessato il medico provinciale ed il prefetto perchè vincano la resistenza di qualche comune a che siano messi a disposizione di essi alcuni interinati di scavalco per migliorarne la posizione economica.

Il nostro Redattore-Capo, prof. Vittorio Ascoli, ha perduto l'adorata madre BIANCA MERLO in ASCOLI.

Gli esprimiamo dal profondo dell'animo il nostro cordoglio per questa sciagura.

Sia di conforto al suo strazio il ricordo delle virtù che adornarono l'estinta!

È morto a Lecce l'on. dott. VITO FAZZI, chirurgo espertissimo. Deputato di quel collegio dalla 21ª legislatura, fu promotore di numerose opere di beneficenza e di assistenza medica e sociale nella sua progredita regione.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA DI BERGAMO

La causalgia e il suo trattamento chirurgico

pel Dott. OTTORINO TENANI
Maggiore medico - Chirurgo capo
Docente di patologia chirurgica.

Il termine « causalgia » che, a tutta prima, parrebbe incomprensibile diventa invece esplicativo quando si sappia che deriva dal greco καύζω (brucio); esso racchiude infatti l'elemento più saliente della sintomatologia con cui la malattia suole manifestarsi, cioè il senso di bruciore in determinati territorî nervosi, provocato da una lesione avente sede in regioni più o meno distanti da essi.

La causalgia è una malattia che, per quanto osservata nel 1813 dal Denmark, indi dal Paget e descritta pel primo nel 1864 dal Weir Mitchell, fu però ben di rado osservata in seguito; soltanto in questi ultimi tempi, in occasione della guerra europea, se ne sono riconosciuti alcuni casi, invero ancora scarsi, che furono argomento di discussione e di pubblicazione.

La malattia, per sè stessa, oltre ad essere rara è anche piuttosto strana. Essendosi recentemente proposto per essa un trattamento chirurgico, credo opportuno occuparmene non solo per averne osservati due esempi a carico dell'arto inferiore, ma anche per poter riferire intorno all'esito dell'intervento operativo cui essi furono da me assoggettati.

Questi casi hanno infatti un interesse speciale, rappresentando delle prime causalgie loca-

lizzate all'arto inferiore trattate chirurgicamente.

La causalgia, come dicevo poc'anzi, fu intravvista dal Weir Mitchell nel 1864, per quanto soltanto dieci anni dopo desse tal nome alla malattia, gli metteva in rapporto le turbe vasomotorie e sensitive di certe lesioni dolorose dei nervi periferici col fatto che l'infiammazione del nervo leso invadeva i nervi vicini e la pelle producendo una distrofia cutanea che metteva allo scoperto le terminazioni sensitive, d'onde la grave iperestesia. Per W. Mitchell la causalgia era una nevrite ascendente.

Secondo la portata delle recenti osservazioni, la causalgia si potrebbe definire *una malattia nervosa caratterizzata da un'intensa iperestesia dolorifica unita a turbe trofiche e vasomotorie, insorgente per lesioni nervose o vasali più o meno gravi.* È pure singolare il fatto che nella causalgia la zona d'iperestesia suole sorpassare il territorio cutaneo al quale si estendono i disturbi anestetici o parestetici nella interruzione o compressione dello stesso nervo, leso alla stessa altezza; ma identico fatto si riscontra generalmente pei disturbi trofici, cutanei ed ossei della sindrome causalgica (Gavazzeni).

Questa si può osservare tanto nell'arto superiore, quanto nell'inferiore, verificandosi più facilmente per lesioni dei nervi mediano e cubitale, sciatico popliteo interno e gr. nervo ischiatico, anzichè per ferite del radiale, dello sciatico popliteo esterno, o di due nervi contemporaneamente (mediano e cubitale come nel caso del Gavazzeni).

La malattia si presenta con una sintomatologia dolorifica insorgente in genere alcun tempo dopo un trauma che abbia leso un dato tronco nervoso o vascolare, dolore che ha un carattere affatto speciale, di essere cioè urente e di dare al paziente la disperata sensazione di fuoco ardente nella parte malata, sensazione che si mostra generalmente ribelle a tutte le risorse terapeutiche e trova l'unico ristoro nell'azione del freddo. I causalgici infatti reclamano la continuata applicazione di bagni o impacchi di acqua fredda; il malato del Gavazzeni, per esempio, era costretto fermarsi a parecchie riprese alle fontane lungo la via per immergervi la mano acciocchè non si riscaldasse. A tutto questo si aggiungano le turbe sensitive, motorie, trofiche a carico delle parti molli e delle ossa, e turbe vasomotorie di vario genere e di differente intensità da caso a caso.

Il quadro causalgico varia nei suoi particolari secondo il nervo che è colpito; il Pierre Marie dice che nelle ferite di guerra ciascun nervo ha una qualità di reazione affatto personale e, più precisamente, il nervo mediano reagirebbe con turbe dolorose, vasomotorie e trofiche, il radiale con turbe paralitiche, il cubitale con *griffes*, lo sciatico popliteo esterno con disturbi paralitici e sensoriali, lo sciatico popliteo interno con turbe dolorose, vasomotorie e trofiche.

La causalgia, come dicevo poc'anzi, fu intravvista dal Weir Mitchell nel 1864. Mentre egli metteva in rapporto la sintomatologia dolorosa con disordini circolatorii e periferici provocati da irritazione del nervo a livello della ferita, il Létiévant (1873), parlando dei sintomi che susseguono alla sezione del nervo mediano, diceva: « Il più spesso nelle turbe organiche la lesione del nervo non è la sola in causa; bisogna aggiungere la parte assai notevole che prendono in queste alterazioni vitali le sezioni delle arterie e soprattutto quelle dei plessi simpatici che accompagnano questi vasi. La sezione dei nervi vasomotori, paralizzando i piccoli vasi, determina nelle parti nutrite da questi ultimi dei ristagni, delle congestioni passive, degli ingorghi, delle sensazioni dolorose, dell'atonia negli intimi processi di assimilazione e di disassimilazione ». Che di più? Il pensiero di Létiévant, che conteneva già il principio sostanziale della patogenesi della causalgia, trovava infatti la sua conferma dopo circa 40 anni nelle ricerche di Meige e Bénisty, essendo per tutto questo frattempo rimasto trascurato lo studio della malattia.

Meige e Bénisty ricercando quale importanza poteva avere l'associazione delle lesioni vascolari a quelle dei nervi periferici, riscontrarono la quasi assoluta costanza di detta associazione nel determinare, in unione alle turbe sensitivo-motorie, la maggior parte delle turbe trofiche (striatura e caduta delle unghie, ulcerazioni ribelli o gangrene delle estremità delle dita e dei piedi, eruzioni eczematose, sclerodermia, sclerosi muscolare), delle turbe vasomotorie (cianosi locale) e secretorie (diminuzione o abolizione della sudorazione), le quali tutte non erano da imputarsi, come si era sempre ritenuto, alle sole lesioni nervose, ma anche alle concomitanti lesioni vascolari. La causalgia, secondo loro, poteva perciò simulare una malattia di Volkmann o di Raynaud.

Lo studio della questione era giunto a questo punto, quando nel 1916 Meige et Bénisty e il Leriche formularono l'ipotesi che tutto il quadro clinico della causalgia fosse dovuto ad una « nevrite del simpatico »; pensarono cioè che nelle ferite del nervo e delle arterie non fosse la lesione dell'arteria quella che produce talora la

causalgia, ma la lesione della guaina vascolare, nella quale è contenuta la massima parte del plesso simpatico regionale.

L'ipotesi che nella patogenesi della causalgia entri in causa una nevrite del simpatico sarebbe, secondo il Leriche, fondata sulla constatazione che anzitutto il territorio delle turbe vasomotorie non corrisponde nè a quello presieduto dal nervo (che nei casi da lui operati era il mediano), nè a quello cui si distribuisce l'arteria, poi al fatto che la causalgia compare quasi esclusivamente quando coesistono una lesione vascolare e una nervosa, oppure quando il nervo colpito riceve un'arteria propria, speciale, che gli porta molti elementi simpatici (arteria del nervo mediano e del nervo sciatico).

Supposto dunque che l'origine della causalgia risieda nel simpatico contenuto nella guaina periarteriosa, basterebbe denudare l'arteria dalla sua guaina per far scomparire la malattia. Questo è appunto quanto ha fatto il Leriche. Egli aveva nel 1913 proposto lo scollamento delle arterie per curare certe sindromi intestinali d'origine simpatica, le periaortiti dolorose, ampliando così le applicazioni del metodo che per primo nel 1899 il Jaboulay aveva ideato, indi esperimentato denudando l'a. femorale nel mal perforante plantare, il tronco celiaco nelle nevralgie viscerali, ecc.

Il Leriche nell'agosto del 1916 operò di simpaticectomia il primo caso di causalgia dell'arto superiore, escidendo per circa 12 cm. la guaina dell'a. omerale ed ottenendo una rapida guarigione del malato. Nel marzo del 1917, ad illustrazione della sua ipotesi, riferì circa un caporale che aveva riportato in guerra la frattura della clavicola e presentava una paralisi flaccida, completa di tutto l'arto superiore. L'A. resecò la clavicola, trovò un blocco di tessuto fibroso assai duro nel cavo sopraclavicolare, strozzante il plesso, i cui vasi non pulsavano al di sotto della clavicola; allontanò il tessuto cicatriziale, liberò il plesso, ne suturò una branca sezionata, ma il malato non ottenne alcun miglioramento, chè anzi dopo 5 mesi si ripresentò all'A. accusando freddo intenso alla mano che era ricoperta da una membrana cornea e su cui erano comparse delle flittene a contenuto ematico; il paziente accusava nella mano un dolore cocente intenso, a crisi parossistiche insopportabili. Dopo un mese l'A. scollò per 12 cm. l'a. omerale che non pulsava più ed era ridotta ad un cordone flaccido, avente un diametro di appena 2-3 mm. Si ebbe dopo l'operazione un rapido miglioramento delle turbe trofiche, vasomotorie e sensoriali; quando, dopo 13 giorni, il malato lasciò l'ospedale, erano cominciati alcuni piccoli movimenti dell'avambraccio, fino allora assolutamente inerte.

I successi ottenuti dal Leriche, per quanto ancora scarsi di numero, sono certo assai suggestivi, non solo perchè ci indicano quale sia il trattamento da consigliarsi nella causalgia, ma perchè anche ci possono illuminare sulla patogenesi della malattia.

***

Ero appunto a conoscenza di questi fatti, quando mi si presentarono due esempi di causalgia dell'arto inferiore.

Nel primo caso trattavasi di un soldato che aveva riportato una ferita da pallottola di fucile, trasfissa dal 3° medio interno al 3° esterno della coscia. La lesione aveva sulle prime provocato un ematoma alla faccia interna della coscia lesa, raccolta che fu precocemente svuotata; e tutto procedeva bene, quando in settima giornata l'ammalato cominciò ad accusare un dolore vivo, urente al piede sinistro, sensazione che si fece sempre più acuta e cominciò ad esacerbarsi in crisi parossistiche sempre più insopportabili e ribelli perfino all'azione della morfina. Unico ristoro erano pel paziente l'immersione del piede nell'acqua fredda e l'applicazione continuata di impacchi d'acqua gelata. Il massimo d'intensità del dolore era avvertito al piede, specialmente al dorso e lungo le dita, ma si estendeva un poco anche verso il polpaccio corrispondente. Il piede si presentava cianotico, tumefatto e sul dorso dell'alluce si notava una flittena, piena di un liquido siero-emorragico; tumefatta era pure l'articolazione tibiotarsica. Il piede era mantenuto in una posizione di flessione sulla gamba e ne erano quasi aboliti i movimenti di estensione anche più limitati. Nessuna lesione ossea del piede si rilevava alla radiografia. Atrofici erano i muscoli della gamba. Iperestesia tattile, dolorifica e termica sul piede e sulla gamba. Dolentissima era la pressione anche più lieve sul decorso dell'a. femorale; assai torpido il riflesso patellare e l'achilleo. Non esisteva il fenomeno di Babinski, nè il clono del piede. Segno di Lasègue molto vivace. L'esame elettrico con la corrente galvanica dava un'abolizione quasi totale dell'eccitabilità dei muscoli innervati del nervo femorale.

Di fronte a tale sintomatologia, essendo riusciti inefficaci tutti gli espedienti terapeutici, decisi l'intervento. Questo consistette nel praticare un'incisione lunga 15-16 cm. al lato interno del terzo medio della coscia, con la quale misi in evidenza il fascio dei vasi femorali, aprendo anche il canale di Hunter per dominare un

segmento più lungo del fascio stesso. Scollato un tratto di guaina comune per 12 cm. circa, legando via via i vasi collaterali che incontravo, lo escisi completamente. L'arteria e la vena femorale, pur essendo pulsanti, apparvero di calibro più ridotto del normale. Qualche blocco di tessuto cicatriziale neoformato lungo i sepimenti fasciali intermuscolari, esponente forse di organizzazione dell'ematoma pregresso, fu asportato.

Il giorno seguente l'operazione si notò già qualche miglioramento in tutto il quadro clinico causalgico, cioè diminuzione dei dolori e della cianosi del piede; contemporaneamente si ebbe pure una graduale regressione delle turbe paralitiche dell'arto, finchè il malato dopo un mese lasciò l'ospedale completamente ristabilito.

***

Il secondo caso riguarda un soldato ricoverato nell'Ospedale Militare di Riserva di Bergamo, il quale circa due mesi fa ricevette un colpo di sasso, staccato di rimbalzo per proiettile di fucile da una roccia, in corrispondenza della regione inguino-crurale sinistra. Dopo alcuni giorni egli notò l'insorgenza di una certa tumefazione del piede sinistro e di un dolore alla regione inguino-crurale, dolore che compariva ad accessi ed aveva nelle esacerbazioni il carattere di essere urente, dilaniante, estendentesi fino dentro alla fossa iliaca corrispondente, mentre negli intervalli fra le varie crisi era sostituito da una sensazione tormentosa di formicolio pungente, assai molesto. Tale dolore non era attenuato che dall'azione degli impacchi freddi sulla parte.

In seguito comparve pure una zona di dolore acuto, gravante, in corrispondenza del 1° metatarso e della base della 1ª falange dell'alluce, lesioni che furono confermate durante l'atto operativo consistente nella rimozione delle parti malate. Dopo l'intervento però continuò a persistere la tumefazione e la cianosi del piede, che il malato cominciò ad avvertire bagnato spesso di sudore; comparvero pure accessi di sudorazione profusa, localizzata alla radice della coscia, ed intanto continuavano le crisi parossistiche di dolore alla regione inguino-crurale. Si notava intanto un indebolimento notevole della forza di flessione ed estensione della coscia sul bacino e della gamba sulla coscia. I movimenti del piede erano inceppati da uno stato di artrosinovite dell'articolazione tibiotarsica. I riflessi rotulei, i cremasterici e gli achillei erano affievoliti; mancava il Babinski e il clono del piede. Il segno del Lasègue era vivacissimo. L'eccitabilità alla corrente galvanica era notevolmente diminuita in confronto di quella dell'arto sano.

Fatta, pei caratteri suesposti, la diagnosi di causalgia, la cui insorgenza era verosimilmente da ascriversi al trauma precedentemente sofferto, feci una simpaticectomia resecando la guaina dei vasi femorali di sinistra al triangolo di Scarpa, per un tratto di 12 cm. circa. L'arteria femorale era di calibro più piccolo del normale.

Si ebbe anche in questo caso una rapida scomparsa dei sintomi della malattia, tanto che l'operato dopo 40 giorni lasciò l'ospedale completamente guarito.

Le modificazioni funzionali prodotte dall'intervento sono un'istantanea costrizione del tronco arterioso che si mantiene per poche ore (3-6) con notevole abbassamento della pressione arteriosa, al quale subentra un forte innalzamento della medesima, che dura poi 14-15 giorni finchè ritorna gradatamente allo stato normale.

***

La simpaticectomia non è operazione indaginosa, ma delicata e, secondo me, che ho esperimentato molto in chirurgia vasale, deve esser fatta tenendo presenti alcune norme desunte dall'anatomia e dalla clinica.

Tecnica della simpaticectomia. — Io comincio l'intervento mettendo in evidenza la guaina vascolare comune, col praticare ad uno degli estremi della guaina periarteriosa, su cui deve principiare o finire la resezione, un piccolo occhiello nel quale introduco una branca d'una piccola forbice che taglia, andando verso l'alto o verso il basso la guaina, in modo che ne risultino due pagine, sui cui margini fisso alcune pinze del Billroth.

Coll'estremo di una forbice curva e piatta isolo poi delicatamente la guaina dall'avventizia dell'arteria per l'estensione voluta (10-12 cm.). Staccato tutto il segmento di guaina dal tronco arterioso, seguendo lo stesso procedimento, isolo un eguale tratto di guaina dal tronco venoso omonimo. La dissezione di quest'ultimo può esser fatta attaccando la guaina sia lungo la linea in cui si trova a mediato contatto con l'arteria, sia lungo una linea più distante dalla prima.

Ho detto « a mediato contatto », perchè sappiamo dalle classiche ricerche del Salvi, confermate da quelle più recenti del Ferrarini e da me, che la vagina comune dei vasi sanguigni di grosso calibro si può considerare risultante di tre strati ben distinti i quali, procedendo dall'esterno verso l'interno, sono:

1° uno strato fibroso, dipendenza dell'aponeurosi, contenente un numero scarsissimo di vasi e di nervi, comune ai due vasi del fascio;

2° uno strato di connettivo lasso lamellare, ricco in fibre elastiche, comune ai due vasi del fascio;

3° uno strato vascolare, ricco di vasi, di nervi e di fibre elastiche, proprio a ciascun vaso del fascio.

Le due avventizie, l'arteriosa e la venosa, restano dunque separate da quest'ultimo fascio.

Per dissecare la guaina venosa, dopo lo scollamento della g. arteriosa, è più consigliabile certo attaccarla, come ho fatto io, lungo la linea in cui i due vasi sono a mediato contatto, non incontrandosi su di essa rami collaterali e riuscendo più semplice e più completa la dissezione della guaina e, con questa, l'interruzione delle vie simpatiche contenutevi.

È evidente che se attaccassimo la vagina venosa sopra una linea diversa da quella suindicata, si dovrebbero preparare, invece di due, quattro lembi di guaina, la cui liberazione diverrebbe così inutilmente più complessa e più ingombrante.

Insisto pure sopra un altro importante particolare di tecnica operatoria, cioè che la legatura dei rami collaterali, arteriosi e venosi, che si incontrano durante lo scollamento dei vasi, deve esser posta in un punto non a ridosso, ma alquanto distante dalla parete del tronco vasale originario, per evitare la formazione di un trombo esposto alla corrente sanguigna principale.

Asportato il segmento di guaina, si cerca di addossare con punti all'avventizia dei tratti di vaso denudati i muscoli o le fascie regionali e si può chiudere totalmente la ferita operatoria.

***

I risultati delle simpaticectomie fatte dal Leriche e da me per casi di causalgia localizzata rispettivamente all'arto superiore ed inferiore verrebbero a chiarirne alquanto la patogenesi, tendendo a farne una malattia del simpatico periferico.

Recentemente H. Meige e M.me Ath. Bénisty, allievi del P. Marie, hanno rilevato che i fenomeni causalgici si presentano con la massima frequenza nelle lesioni del mediano e dello sciatico ed hanno emesso l'ipotesi che questa coincidenza sia in rapporto con la più ricca dotazione del mediano e dello sciatico in fibre sensitive e simpatiche ed anche col fatto di avere questi due nervi un'arteria propria. Infatti il mediano è accompagnato lungo il braccio da un ramo dell'omerale e lungo l'avambraccio da una piccola arteria (arteria del nervo mediano), ramo della cubitale, che può talora raggiungere il calibro della radiale, e lo sciatico è seguìto fino al poplite, generalmente nella sua faccia profonda, da un'arteria nutritizia, ramo dell'ischiatica (arteria del gr. nervo ischiatico).

Sono appunto dimostrativi i classici esperimenti di Cl. Bernard, il quale mediante la sezione del facciale dimostrava l'insorgenza di una vasoparalisi corrispondente con aumento della temperatura locale, e quello analogo del Goltz col taglio dello sciatico.

Ad avvalorare l'ipotesi starebbero la concomitanza delle turbe vasomotorie coi dolori della causalgia, le analogie tra i mutamenti delle une e degli altri, il carattere pulsante del dolore, il fatto che i medesimi stimoli agiscono tanto sui capillari quanto sui corpuscoli sensitivi per mezzo di apparecchi nervosi terminali che derivano dal sistema simpatico. Parlerebbero pure in favore dell'ipotesi anzidetta la coesistenza di lesioni dimostrabili delle arterie con lesioni del nervo, la presenza, in alcun casi, di lesione dell'arteria senza lesione apparente del nervo e l'inefficacia degli interventi cruenti diretti solo su quest'ultimo.

È appunto illustrativo un caso del Dejerine, in cui una grave irritazione a tipo causalgico nel nervo safeno interno non rimase influenzata dalla resezione di 10 cm. di nervo in un tratto superiore alla lesione, la quale non poteva per ciò esser considerata l'origine dell'irritazione; questa poteva emanare solo dalle terminazioni sensitive e dai corpuscoli tattili ed essere trasmessa attraverso alle anastomosi del safeno.

In qual modo le terminazioni sensitive dei corpuscoli tattili sono influenzate da una lesione del simpatico periferico?

Il Leriche dice che probabilmente per una lesione della guaina arteriosa si produce una congestione vaso-paralitica la quale mette i corpuscoli tattili e le terminazioni nervose sensoriali in uno stato di permanente irritazione.

Nello stesso senso si espressero contemporaneamente Meige e Bénisty ammettendo che un'irritazione del tronco nervoso a livello della ferita si trasmetta ai corpuscoli sensitivi della pelle (c. di Pacini, di Ruffini, di Meissner) i quali, secondo il Ruffini, avrebbero due ordini di fibre: le une (centrali) sono mieliniche e rappresentano le terminazioni di una fibra sensitiva, le altre (periferiche) sono amieliniche e provengono dal simpatico periferico, mettendosi con le precedenti in rapporto di continuità o contatto (apparecchio filamentoso di Timofeev). Così si produrrebbero le turbe sensitive, vasomotorie, trofiche e secretorie.

Io ritengo che la soluzione del quesito debba essere investigata sotto molteplici punti di vista.

Vediamo intanto quali lesioni può produrre un trauma sopra un fascio vascolo-nervoso di un dato territorio. Se, per esempio, un proiettile colpisce soltanto un tronco nervoso, può determinarvi una contusione, una compressione, od una sezione, parziale o totale, con relative conseguenze (paralisi, irritazione dolorosa con fatti nevritici, sclerosi peritronculari, ecc.). In simili casi dalla neurolisi, dall'estirpazione della cicatrice connettivale nel tronco nervoso o del neuroma, seguìta da sutura dei monconi fascicolari previo loro affrontamento, si possono ottenere ottimi risultati terapeutici, considerando che molte fibre simpatiche, indipendentemente dai vasi sanguigni, accompagnano i tronchi nervosi degli arti. Se il tronco nervoso leso è uno di quelli provvisti di un'arteria propria (nervo mediano, nervo ischiatico) ed abbiamo un quadro causalgico, allora entra in campo la discussione se i fenomeni causalgici siano piuttosto da ascriversi alla lesione del simpatico periarterioso che delle fibre del tronco nervoso. Se invece oltre il nervo è leso il vaso sanguigno contiguo, o solamente quest'ultimo, allora il quadro causalgico può avere una spiegazione meno difficile. In questa seconda evenienza la sede della lesione può essere o nella guaina comune perivasale, o invece nella parete del vaso sanguigno. Se è ferita la guaina, si comprende che ne soffriranno essenzialmente i plessi simpatici in essa contenuti. Vediamo ora quali possono essere le conseguenze di tale lesione.

La soluzione del quesito deve scaturire dalle conoscenze che abbiamo oggi sul significato funzionale del sistema simpatico. Ora, mentre da un punto di vista generico noi sappiamo che il sistema splancnico domina le funzioni della vita vegetativa, nel caso nostro particolare, dovendo considerare la causalgia degli arti, non dovremo prendere in esame fibre o plessi nervosi afferenti ed efferenti, ma soltanto fibre vasocostrittrici e fibre vasodilatatrici e vedere quali fenomeni derivano da una loro lesione.

Se gli esperimenti di fisiologia e le osservazioni cliniche ci fanno ritenere che il tono vasale e le sue lente oscillazioni ritmiche sono da considerarsi il prodotto di un'attività automatica della tunica muscolare vasale e non una esclusiva funzione delle fibre nervose, nel senso che la contrazione e il rilasciamento delle fibrocellule muscolari della tunica vasale sono il risultato del metabolismo della sostanza muscolare e che i nervi vasocostrittori ne accelerano i processi disintegrativi, mentre i vasodilatatori ne promuovono quelli di assimilazione (Foster), tutto ciò ha per noi un valore molto relativo; e questo perchè l'influenza dei detti nervi sul ritmo e sul tono vasale, anche essendo indiretta, pure è innegabile.

La lesione di una guaina vasale va considerata secondo che produce un effetto irritativo, o invece paralizzante sulle fibre nervose vasomotorie contenutevi. La valutazione di tali effetti è resa però maggiormente complicata dal fatto di dover distinguere se la lesione è più a carico dei nervi vasocostrittori che dei vasodilatatori, o viceversa, poichè, sebbene l'azione di questi ultimi sia mascherata da quella antagonistica e prevalente dei costrittori, ai quali sono quasi sempre uniti, pur tuttavia i due gruppi di nervi si distinguono per la diversità di eccitabilità, di decorso, di origine centrale e di distribuzione periferica.

Ad ogni modo, sapendo che la recisione dei costrittori produce atonia vasale e conseguente iperemia, con abbassamento di pressione nell'arteria ed aumento di pressione nella vena, mentre l'eccitamento dei vasocostrittori provoca i fenomeni inversi, potremo comprendere le conseguenze delle lesioni del simpatico, sia quando queste hanno un carattere irritativo, sia quando estrinsecano un effetto paralizzante. Tutto ciò se il trauma colpisce il tronco originario del simpatico, perchè allora l'effetto si farà evidente su l'intero albero vascolare presieduto dal tronco leso; chè se invece, come il più spesso accade, rimane ferito quel tratto di simpatico che accompagna i vasi sanguigni, allora noi non sappiamo se si possano ripetere le turbe circolatorie del primo caso, perchè anzi, pur essendo ancora scarsa l'esperienza clinica su tal punto, i risultati sperimentali parlerebbero in senso contrario. Infatti lo Jores praticando nel coniglio il taglio del simpatico al collo ed esaminando poi al microscopio i vasi dopo 1-9 mesi, concluse che la parete vasale non subisce lesioni di sorta, eccetto un certo sfiancamento che rimane permanente.

Il Fichera nel suo studio sperimentale sul circolo collaterale vide che, malgrado il taglio di tutti i vasi dell'arto posteriore del cane e l'asportazione del tratto lombo-sacrale del simpatico, si può praticare la legatura dell'a. femorale, tanto al disotto quanto al di sopra dell'origine della femorale profonda, senza che in alcun caso non solo manchi ogni segno di cancrena dell'arto ma anche senza che avvengano nella parte altri segni di disturbi circolatorii.

Successivamente il Lapinsky trovò che al taglio dei nervi segue la dilatazione dell'arteria

e che le vene assumono un decorso serpigginoso; al microscopio trovò dilatazione e iperplasia dei vasa-vasorum, fatti degenerativi nei nuclei delle fibrocellule muscolari e proliferazione dell'intima.

Lewaschew e Mathieu notarono dopo alcuni mesi dal taglio dei nervi fenomeni di endoarterite, mentre il Razzaboni constatò solo la dilatazione del vaso e dei vasa-vasorum.

D'altra parte le numerose esperienze sistematiche sullo scollamento dei vasi sanguigni, a cominciare da quelle di Hunter e Home nel XVIII secolo, di Durante, Burci, Burci e Lippi, D'Anna, per finire a quelle più recenti del Razzaboni, nonchè i risultati sperimentali e clinici della chirurgia vasale che richiede sempre, nei casi di suture, plastiche e trapianti, scollamenti più o meno estesi dei vasi, stanno a dimostrare che detto denudamento non produce alcuna rilevante modificazione stabile, nè macro- nè microscopica, sulla parete vasale.

Come si può spiegare allora che una lesione della guaina vascolare provochi un quadro causalgico, se l'esperimento e i dati clinici ci dicono che l'interruzione della guaina è innocua?

Ci rimane da ammettere che la lesione della guaina susciti un'irritazione permanente del simpatico, oppure che con essa vada unita una lesione del fascio vascolare. Sebbene si siano osservati casi di lesioni concomitanti del nervo e dei vasi contigui, ed altri di turbe vasomotorie e trofiche gravi senza causalgia, sta di fatto che nel maggior numero dei casi descritti di causalgia, compresi i miei, vi erano state anche lesioni dei vasi (trombosi occludente o parziale, stenosi, compressione), e segnatamente dell'arteria.

Tutto ciò porterebbe una certa luce nella interpretazione del quadro causalgico e dell'influenza che hanno su di esso gli interventi sul simpatico perivasale.

La lesione del vaso sanguigno, isolata o contemporanea a quella del nervo vicino, può produrre varie conseguenze importanti; fra queste è da notarsi l'interruzione dei nervi centripeti vasali. L'esistenza dei nervi sensitivi della parete interna dei vasi sanguigni, dimostrata per la prima volta dall'Heger mediante gli effetti delle iniezioni endovasali di nicotina e di nitrato d'argento, fu in seguito confermata dalle esperienze di Spallitta e Consiglio i quali trovarono che l'eccitamento di tali nervi determina sempre un innalzamento della pressione sanguigna. Si sa però che un riflesso vasale localizzato può anche produrre una vasocostrizione e susseguente diminuzione della pressione sanguigna, e ciò perchè l'onda riflessa si trasmette ora pei vasodilatatori, ora pei vasocostrittori.

È evidente che la recisione di questi nervi centripeti produrrà fenomeni inversi. I fatti di rallentamento circolatorio e di ischemia che si osservano nel quadro causalgico possono esser messi in correlazione con l'abolizione di tali riflessi soggetti ad una funzione automatica continua. Si potrà obbiettare che lo scompenso circolatorio locale può essere spontaneamente riparato dal circolo collaterale; ma intanto possiamo rispondere che quest'ultimo non suole stabilirsi tanto prontamente, specie quando è stato leso un vaso di grossa portata; anzi è appunto per ciò spiegabile la spontanea regressione delle turbe circolatorie e trofiche della sindrome causalgica dopo un certo periodo di attesa.

Se dunque, per un complesso di condizioni a noi ancora ignote, in seguito all'interruzione, per recisione accidentale del vaso, delle fibre centripete insite nella parete vasale si è stabilita una vasocostrizione e un relativo abbassamento della pressione sanguigna, è evidente che la recisione operatoria della guaina, abolendo l'azione sempre preponderante dei vasocostrittori, produrrà una vasodilatazione ed un innalzamento di pressione compensatorio; con ciò il sangue accorrerà con maggior facilità alla parte ischemizzata.

In questi casi la simpaticectomia perivascolare dovrebbe avere un effetto curativo positivo.

Altra conseguenza di una lesione vasale è che per propagazione dalla parete vasale si producano dei fatti di perivasculite, i quali possono involgere in una ganga cicatriziale il vaso, la sua guaina, il nervo e i tessuti adiacenti; la cicatrice può allora rappresentare un agente d'irritazione permanente sul plesso simpatico perivasale e determinare un quadro causalgico che dovrebbe scomparire con la resezione della guaina.

A tal proposito si può discutere se certe guarigioni cliniche ottenute con la semplice neurolisi in casi di gravi lesioni di un fascio vascolo-nervoso siano più che all'intervento sul nervo da ascriversi a quello sulla guaina per isolarlo, ossia sul simpatico perivasale.

Ne consegue che una lesione del simpatico può provocare una sindrome causalgica, sia che quella abbia un effetto paralizzante, sia che agisca come causa irritatrice. Si spiega il duplice fenomeno ammettendo che nei diversi casi si abbia un differente risentimento, o a carico dei nervi vasocostrittori, oppure dei nervi vasodilatatori.

L'insorgenza di fenomeni causalgici negli arti, come conseguenza di una nevrite del simpatico per propagazione di una perivasculite, troverebbe il riscontro nelle crisi di dispragia intestinale per obliterazione parziale delle arterie mesenteriche, negli accessi di enteralgia causati da una periaortite addominale (Jaboulay) ed in quelli di « angina pectoris » determinati da certe aortiti croniche.

Potendo la patogenesi di queste diverse sindromi esser rappresentata in alcuni casi da irritazione infiammatoria del simpatico perivasale, è appunto per ciò che è stata proposta la lacerazione e la sezione del simpatico per toglier di mezzo le crisi dolorose dianzi descritte. L'operazione è stata pure consigliata pel m. di Raynaud nel glaucoma (Abadie, Jonnesco, Ruggi), nelle iperestesie utero-ovariche (simpaticectomia addominale utero-ovarica del Ruggi), pei casi di trofoedema congenito (la cui patogenesi è ancora oscura) ed anche pel mal perforante plantare, di cui Viannay, Jaboulay e Leriche hanno pubblicato alcuni casi guariti appunto con la lacerazione nervosa.

Dunque, riassumendo, la patogenesi della causalgia ci appare piuttosto complessa, potendo la malattia esser provocata da lesioni, isolate o variamente combinate, o del tronco nervoso, o della guaina perivasale, o del vaso stesso; lesioni che si manifesterebbero specialmente pel tramite del sistema simpatico. L'esperienza clinica (per quanto ancora troppo scarsa) infatti dimostrerebbe che l'intervento sul simpatico fa scomparire la sindrome causalgica.

È facile notare che la simpaticectomia da me eseguita si distingue per modalità di tecnica da quella proposta dal Leriche. Infatti questi eseguisce il denudamento della sola arteria, mentre io pratico anche lo scollamento della vena. La ragione di questo procedimento è duplice, cioè tecnica e clinica: tecnica perchè con esso è più regolare e più facile l'allontanamento della guaina; clinica perchè dà maggior certezza di asportare tutta la guaina e di non lasciare così alcuna parte del plesso simpatico leso. La rimozione della guaina perivenosa, producendo dilatazione del vaso e diminuzione della pressione endovenosa, ha infine lo scopo di agevolare ed accrescere l'effetto delle modificazioni del circolo provocate dalla resezione del simpatico periarterioso.

Nelle causalgie dell'arto inferiore la simpaticectomia dovrebbe esser fatta resecando un tratto di guaina dell'a. ischiatica poichè il n. sciatico è irrorato da quest'arteria e ne riceve perciò elementi simpatici.

Ho preferito resecare la guaina dell'a. femorale per diverse ragioni, operatorie e cliniche: operatorie perchè il denudamento dell'a. femorale riesce meno indaginoso, poi, essendo il vaso meno profondo, può esser fatto esteso più facilmente di quello dell'a. ischiatica; cliniche pel fatto che nei miei due casi la lesione era a carico del fascio vascolo-nervoso femorale anteriore.

Tale via potrebbe esser seguìta anche per causalgie da lesioni del nervo gr. ischiatico, sapendosi che l'arteria femorale manda delle terminazioni simpatiche al tronco dello sciatico per mezzo della prima perforante e di rami dell'a. femorale profonda.

Nelle causalgie dell'arto superiore la simpaticectomia va eseguita denudando l'a. omerale, come ha fatto il Leriche.

Anche per certe paralisi ischemiche il Dejerine propone la simpaticectomia ritenendo che la malattia abbia una sede simpatica.

Il Leriche in 5 casi di lesioni arteriose con turbe trofiche e vasomotorie ricorse alla *arterectomia* ottenendone risultati soddisfacenti.

L'operazione, che darebbe il miglior affidamento di estirpare tutto il simpatico periarterioso nell'estensione voluta, è da consigliarsi solo in quei casi in cui l'arteria in seguito al trauma ha perduto la sua funzione di vaso.

La *sezione del nervo*, proposta ed eseguita dal Mitchell e più recentemente dal Sicard, produce solo una diminuzione dei dolori. La *radioterapia* e l'*alcoolizzazione troncolare*, mediante iniezione di 1 cmc. di alcool sterilizzato a 60° centralmente al punto leso del nervo messo a nudo, non hanno ancora dato risultati probativi.

La *simpatectomia perivasale* resta dunque operazione da tentarsi nelle causalgie, per quanto alcuni fatti ci lascino una certa indeterminatezza sull'argomento; a questi apparterrebbero: *a*) la comparsa di fenomeni causalgici concomitanti con una parziale interruzione nervosa, in alcuni dei quali la semplice rimozione della cicatrice nervosa e l'affrontamento e sutura dei monconi fascicolari hanno fatto scomparire la sindrome causalgica. Queste osservazioni infirmerebbero il valore della simpatectomia come operazione d'elezione nella causalgia; *b*) d'altra parte il nessun giovamento ottenuto in altri casi simili dai suddetti interventi ci lascierebbe incerti sulla scelta di essi (neurolisi o simpatectomia?); *c*) anche la conoscenza del fatto già accennato, che molte fibre simpatiche accompagnano, indipendentemente dai vasi sanguigni, i tronchi nervosi degli arti, ci può in qualche caso far pensare se dobbiamo agire

sul nervo o piuttosto sulla guaina periarteriosa.

Comunque, se l'esperienza parla quasi totalmente in favore della simpatectomia, le osservazioni sono ancora scarse e i risultati clinici troppo pochi e recenti per far assurgere l'intervento al valore di metodo e, in correlazione con essi, poter affermare in termini « assoluti » che la causalgia è una malattia del simpatico perivasale.

BIBLIOGRAFIA.

Athanassio-Bénisty. *Formes cliniques des lésions des nerfs.* (Masson et C.ie Ed., 1916).

Burci. *Sul modo di comportarsi delle arterie per lesioni traumatiche estese della guaina e della tunica avventizia.* (Atti della Soc. toscana di Scienze Naturali, vol. XII, 1893).

Burci e Lippi. *Nuove ricerche sperimentali sugli effetti del denudamento e delle lesioni estese non penetranti dei grossi vasi sanguigni.* (La Riforma Med., vol. III, 1900, p. 650)

D'Anna. *Sullo scollamento dei vasi sanguigni.* (Il Policlinico, Sez. Chir., 1896).

Ferrarini. *Sopra i tumori primitivi delle guaine vascolari.* (La Clinica Chirurgica, 1913, pag. 589).

Fichera. *Sul circolo collaterale.* (Lo Sperimentale, 1905).

Jores. *Ueber das Verhalten der Blutgefässe im Gebiete der geschnittener vasomotorischer Nerven.* (Ziegler's Beiträge, Bd. 32, 1902).

S. Gavazzeni. *Sindrome di irritazione grave del mediano e del cubitale a tipo causalgico.* (Il Pensiero Medico, n. 16, 1916).

Lapinsky. *Zur Frage von der Degeneration der Gefässe bei Läsion des Nervus sympathicus.* (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 19, 1909).

Leriche. *De la causalgie envisagée comme une névrite du sympathique et de son traitement par la dénudation et l'excision des plexus nerveux péri-artériels.* (La Presse Médicale, 20 aprile 1916).

— *De l'élongation et de la section des nerfs périvasculaires dans certains syindromes douloureux d'origine artérielle et dans quelques troubles trophiques.* (La Presse Médicale, 1° ottobre 1913).

— *Du syndrome sympatique consécutif à certaines oblitérations artérielles traumatiques et de son traitement par la sympathectomie périphérique.* (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 31 janvier, Paris, 1917).

Létiévant. *Traité des sections nerveuses.* (Edit. Baillière, Paris, 1873).

Lewaschew. *Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Nervensystems bei Gefässerkrankungen.* (Virchow's Archiv, Bd. 92, 1883).

Luciani. *Fisiologia dell'uomo.* (Soc. Ed. Libr., Milano).

Lusena. *Contributi operativi per lesioni del n. ischiatico e suoi rami.* (Cronaca della Clinica Medica di Genova, 1917).

— *Interventi operativi per lesioni del plesso brachiale.* (Idem).

P. Marie et M.me Ath. Bénisty. *Une forme douloureuse des blessures du nerf médian.* (La Presse Médicale, 18 marzo 1915).

Meige et M.me Ath. Bénisty. *De l'importance des lésions vasculaires associées aux lésions des nerfs périphériques.* (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 12 marzo 1915).

S. W. Mitchell. *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences.* (Edit. Masson, Paris, 1874).

Razzaboni. *Processo di guarigione delle lesioni traumatiche delle arterie.* (Tip. Zanichelli, Bologna, 1910).

Ruggi. *La simpaticectomia addominale utero-ovarica come mezzo di cura di alcune lesioni interne negli organi genitali della donna.* (Bologna, Zanichelli, 1899).

— *Della simpaticectomia al collo e all'addome.* (Il Policlinico, 1899).

Salvi. *Ricerche istologiche sopra la vagina comune dei vasi.* (Tip. Nistri, Pisa, 1900).

Sicard. *Traitement de la névrite douloureuse du médian par l'alcoolisation tronculaire suslésionnelle.* (Société méd. des Hôpitaux, 9 juillet 1915).

Tenani. *Rigenerazioni e plastiche dei vasi sanguigni.* Tesi di libera docenza. (Tip. Blondi e Parmeggiani, Modena, 1914).

NOTE E CONTRIBUTI.

L'Idropisia epidemica (Epidemie dropsy) in Cirenaica

(Contributo alla conoscenza della patologia libica).

Nota preventiva

per il dott. F. Leporini,
capitano medico in missione.

Tra le cause morbose dell'alta mortalità bengasina v'ha indubbiamente una specifica malatttia infettiva acuta, a tipo epidemico, che sembra trasmissibile da uomo a uomo.

Questa malattia è assai somigliante alla forma idropica del beri-beri (avitaminosi) ma col quale, a nostro avviso, non deve venire confusa, essendo sicuramente infettiva e soltanto favorita da disturbi di « *carenza* », insorgendo in epoche di carestia (India), inondazioni (Brasile) e massimamente tra gente povera.

Fu osservata per prima a Calcutta e descritta da Mac Lead colla denominazione d' « *idrope epidemica (epidemic dropsy)* ».

Esordisce con febbre bassa — che talora può mancare —, vomiti e diarrea, cui segue ad un dato momento, con brusca insorgenza, *anasarca*, un *peculiare esantema*, *anemia acuta* (eritrociti 3,000,000) e *disturbi intestinali*.

La morte sopravviene per edema polmonare consecutivo ad idropericardio, ad idrotorace ed a complicanze cardiache e polmonari.

Anatomia patologica. — L'ispezione necroscopica e le autopsie — presenziate anche dall'Ispettore della Sanità pubblica dott. Druetti — fan rilevare: esantema peculiare lungo gli arti,

in corrispondenza dei versamenti cavitari e spesso anche al viso; edema sottocutaneo e liquido nella cavità peritoneale e nelle pleure, talvolta anche nel pericardio, nello scroto, grandi labbra e nelle articolazioni dei ginocchi; glandole mesenteriche, stomaco e digiuno congesti; fegato e reni a volte iperemici ed a volte d'aspetto *cereo simile a quello della degenerazione amiloide;* milza sempre piccola e raggrinzita, capsule soprarenali spesso atrofiche; cuore sempre dilatato; vescica normale.

L'agente causale di tale affezione è tuttora sconosciuto, forse è un *diplococco;* ma si esprime, per ora, simile parere con riserva.

V'han, però, varie teorie eziologiche che tentano esplicarla: *a*) è beri-beri; *b*) è anemia post-dissenterica; *c*) è prodotto da deficiente alimentazione azotata; *d*) è dovuto al cibarsi esclusivamente di riso; *e*) è data da un microrganismo specifico trasmesso dalla cimice lectularia.

Noi siamo pienamente convinti della teoria infettiva del morbo — nonostante i recenti studi del Greig in senso contrario — temperandola tuttavia col riconoscere l'importanza preparatoria all'attecchimento del germe nell'organismo umano dei disturbi *avitaminici* o di *carenza*.

Epidemia di tale malattia segnalate o storicamente conosciute ed importanti sono quelle del 1876-77-78-79 estesa a quasi tutta l'India meridionale; quella del 1901-902 nel Bengala e del 1907 nell'Assam.

È questa la prima volta che l'« *Epidemic dropsy* » — a conoscenza nostra — viene segnalata nel Nord-Africa.

Frattanto, presentandosi spesso senza edemi sottocutanei o con edemi appena accennati agli arti inferiori e con modicissimi versamenti nelle sierose, senza febbre, sarebbe clinicamente assai più esatto denominarla: *gastro-enterite idropigena esantematica* e con designazione più comprensiva « beri-beri infettivo ».

Bengasi, 23 dicembre 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di angina di Ludwig.

DOTT. GAETANO BLASI.

Il flemmone grave della loggia sottolinguale, che ripete la sua origine da una lesione qualsiasi del cavo orale — stomatiti, carie dentaria, ulceri boccali ecc. — è, data la frequenza di queste, abbastanza raro e nei giovani meno frequente ancora che negli adulti.

Nel caso occorsomi in Riano, si trattava di un ragazzo, certo E... M..., di anni 10, da Riano, che, se si eccettua la carie dentaria — affezione quasi famigliare (genitori, fratelli, tutti con dentatura molto guasta) — non presentava altro di notevole nel gentilizio. Ha goduto sempre buona salute, salvo qualche crisi odontalgica, per carie dentaria, senza notevoli complicazioni flogistiche, che non han mai preoccupato i genitori fino all'accidente ultimo del marzo u. s. in cui, ad una delle solite crisi dolorose, seguì una cospicua tumefazione sottomentoniera con febbre elevata. Supponendo trattarsi di un comune « dolore di denti » non fui chiamato che allorchè la tumefazione si era estesa a tutta la parte superiore del collo ed alle guancie, dando luogo a gravi disturbi con peggioramento notevole dello stato generale.

La febbre si manteneva alta, continua, remittente, talora con delirio nelle ore notturne; lo stato di agitazione e irrequitezza, l'insonnia, il sensorio ottuso, i caratteri del polso e delle urine indicavano la gravità dello stato generale. I disturbi locali, a carico delle prime vie aeree e digerenti, erano anche essi notevolissimi: respirazione frequente con accenno a dispnea inspiratoria; afonia quasi completa, salvo l'emissione di alcuni suoni a timbro nasale e come a bocca piena; — disfagia accentuata, riuscendo penosa e stentata la deglutizione anche dei liquidi e, benchè agevolata col gettare indietro il capo — *more avium* —, pure parte del liquido talora refluiva dalle narici, o penetrava nelle vie aeree provocando accessi di tosse soffocante.

All'ispezione notavasi: testa rigida un poco estesa; tumefazione prevalente a sinistra della metà inferiore della faccia e della parte superiore del collo, tale da cancellare il contorno inferiore della mandibola, culminante nella regione sottomentoniera e ricoperta da cute tesa lucida, di colorito quasi normale; — labbra tumide, cascanti, lascianti fluire dalla rima semiaperta, saliva fetida, per cui allo scopo di agevolarne lo scolo, venne preferito il decubito laterale semiprono. Con la palpazione non si riesce a distinguere in corrispondenza della tumefazione sottomentoniera, una fluttuazione, ma essa appare tesa fortemente, resistente, molto dolente.

L'esplorazione del cavo orale, difficile per il trisma, fa rilevare: dentatura molto guasta specialmente la inferiore, molari e premolari con carie di 3° grado o ridotti alle sole radici; bordo gengivale interno ed esterno non alterati; assenza di alterazioni in corrispondenza

della faccia esterna della mandibola (praticata l'esplorazione digitale del vestibolo boccale) e del palato duro e molle, velopendolo paretico; tonsille ipertrofiche, la sinistra più sporgente e con i pilastri arrossati. Lingua aumentata di volume, tumefatta, a forma di salcicciotto, riempie, quasi occludendolo, il cavo orale; sollevata in blocco e respinta indietro e in alto, è come incollata al palato; ricoperta da patina spessa, grigio-sporca, aderente, fetida; non capace di protendersi o di compiere che solo qualche movimento *in situ*.

Tra l'arcata dentaria inferiore e la lingua sporge come un collaretto pseudomembranoso, cotennoso, giallastro, che asportato con pinze scopre il pavimento orale rilevato all'altezza dell'arcata dentaria e come bombé, in forma di cercine adematoso rosso-violaceo con rilievi a frangia per l'impronta dei denti.

Con la palpazione combinata, il dito applicato sul cercine avverte nettamente l'impulso dato dalla pressione esercitata all'esterno sulla tumefazione sottomentoniera e trasmesso attraverso il contenuto semifluido della loggia sottostante alle cavità cariose di due premolari inferiori a destra e a sinistra; fuoriesce del pus sieroso, color feccia di vino, fetido.

Il pus evidentemente raccolto nella loggia sotto linguale deve dunque trovare una via diretta di uscita attraverso il corpo della mandibola, il canale radicolare pervio e la cavità cariosa del dente.

Assodata così la diagnosi di flemmone grave sottolinguale, mi accinsi ad operarlo senza indugio, benchè privo d'assistenza e di mezzi di anestesia. In tali condizioni non potevo prolungare l'atto operativo, ma limitarmi all'apertura della raccolta sottolinguale per procedere in secondo tempo a quella dei focolai più profondi dopo un più esatto accertamento dell'estensione assunta dalla flogosi.

Praticata nella parte più prominente della tumefazione sottomentoniera una incisione trasversale da un bordo all'altro della mandibola, interessante cute e sottocutaneo, molto ispessito, fino alla aponeurosi del milojoideo, penetrai per via ottusa con la sonda nella loggia sottolinguale, a livello del rafe mediano tra i due milojoidei e allargai la breccia con una Péan introdotta chiusa e ritirata aperta. Fuoruscì subito del pus sieroso, siero-ematico, color feccia di vino, fetidissimo, con bollicine di gas, aumentante con la pressione sul pavimento orale che a poco a poco si deprimeva.

Dopo un lavaggio antisettico posi un drenaggio di gomma, pulii e disinfettai il cavo orale e applicai un impacco caldo all'ipoclorito di calcio.

Il giorno successivo, la lingua, il pavimento orale, la parte destra della faccia del collo eransi parzialmente detumefatte, mentre a sinistra la tumefazione era in aumento.

Il processo doveva essersi esteso specialmente nelle regioni laterali sinistra della testa e del collo, infatti premendo sulla regione parotidea e dietro l'angolo sinistro della mandibola, aumentava il gocciolio di pus dal drenaggio sottomentoniero.

Per raggiungere direttamente i focolai profondi della testa, praticai una seconda incisione che, prolungando la prima a sinistra, seguiva il bordo inferiore della mandibola fino all'angolo. Messa a nudo la ghiandola sottomascellare, tumefatta e congesta, asportati varii piccoli gangli linfatici bruno-violacei, introdussi la sonda dietro il polo posteriore della ghiandola e il margine posteriore del joglosso e la spinsi lentamente in alto, in dietro e in dentro nella direzione del fascio stiliano avendo costantemente come guida il muscolo stilojoideo. Penetrato nella loggia parotidea diedi esito ad una certa quantità di pus; così pure dalla fossa zigomatica provocai la fuoruscita di pus misto a globulini del grasso semifluido che la riempie; anche dal latero-faringe a livello dello joide. Applicai quindi un secondo drenaggio di gomma fenestrato (secondo Nélaton) insinuandolo nella via creata dalla sonda lungo il fascio stiliano.

Le medicature successive, spesso ripetute, consistettero da prima nella ricerca cauta e diligente di tutte le raccolte purulente nella profondità dei tessuti avvertibili attraverso la cute, come punti più dolorosi o per la resistenza come di noduli, e nel loro svuotamento con la sonda o lo specillo; in lavande al permanganato o all'ipoclorito di calcio; nel portare, fin dentro la loggia parotidea e zigomatica, tamponcini montati di ovatta imbevuti di soluzione calda di ipoclorito rinnovabili fino ad estrarli puliti.

L'efficacia del metodo curativo apparve manifesta, col subito mutarsi del pus, scarso, siero ematico, sanioso, fetido, in pus *bonum et laudabile*, cremoso, fiocconoso, giallastro, senza fetore e bollicine di gas, col cessare di estendersi della flogosi e col cadere della febbre.

Ristrettisi i tramiti, tolsi i drenaggi tubulari, sostituendoli con strisce di garza jodoformica imbevute di soluzione d'ipoclorito.

Il tramite sottomentoniero si chiuse subito dopo estratti denti e radici cariate; il posteriore persistette più a lungo e diede luogo ad un incidente singolare che però non ebbe conseguenze.

Un giorno il ragazzo avvertì nella gola qualche cosa di estraneo pendente e che egli si sforzava invano di deglutire: la striscia di garza che drenava il tramite attraverso un'apertura del latero-faringe, era penetrata per un certo tratto con movimenti di deglutizione nel faringe stesso. La comunicazione del tramite col faringe, risultava anche dalla fuoruscita schiumosa dal retrobocca di acqua ossigenata instillata nel tramite.

Una complicanza più spiacevole fu una vera broncopolmonite *ab ingestis*, dovuta alla penetrazione nelle vie aeree di particelle alimentari, per la grave disfagia dei primi giorni; tuttavia anche questa fu superata.

Noterò anche l'emissione con le feci di alcuni elminti (ascaridi) morti.

Il caso in parola è degno di nota, perchè dovuto ad una affezione relativamente rara, sconosciuta fino al 1830 (il Gensoul di Lione la segnalò per primo e non il Ludwig di Stuttgart, — da cui la denominazione molto impropria di «Angina Ludovici» del Camerer — che solo sei anni dopo rese noto il caso letale

della regina Caterina del Wurtemberg) e accertata nella sua vera essenza di flemmone grave della loggia sottolinguale solo nel 1892, dopo molti lavori e discussioni, perchè di prognosi grave (90 % dei casi letali, malgrado il pronto intervento, secondo il Rèclus) dovuta alla speciale sede anatomica, profonda, serrata da valide barriere, in prossimità di organi di alta importanza vitale, facilmente compromessi, e alla infezione mista, polibatterica, associandosi ai comuni piogeni, specialmente allo streptococco, anaerobi e saprofiti del cavo orale, donde la gravità dei fenomeni generali e locali, la setticopiemia, il rapido sfacelo necrotico e gangrenoso dei tessuti se si indugia nell'intervento, il pus ipersettico e fetido, l'estendersi della flogosi in regioni lontane.

È da deplorarsi certamente la trascuranza, nei genitori, della grave carie dentaria di questo ragazzo, da cui ebbe origine il temibile flemmone sottolinguale, ma non può meravigliare.

Purtroppo dalla maggior parte delle nostre popolazioni, specialmente rurali, è ignorata completamente l'igiene della bocca e la cura razionale e precoce delle affezioni dentarie. Ancora viene curato il « gonfiore da denti » con la chiarata, o la classica foglia di sambuco, e si ricorre al frate, non al medico o allo specialista, per farsi togliere il dente che duole con una estrazione più spesso inopportuna o mal fatta; gonfiore da denti o estrazione che possono talora avere gravi conseguenze.

Per la trascuranza in cui fu lasciata la carie dentaria di questo ragazzo, il processo aveva potuto svolgersi insidiosamente e per tappe successive, che in ordine di tempo furono: carie penetrante di 3° grado, polpite e necrosi settica della polpa, periodontite, osteomielite del corpo del mascellare inferiore e per processo di osteite rarefacente, apertura del focolaio settico all'interno, nello spazio sottolinguale, donde il flemmone sottolinguale, invece di aprirsi all'esterno e dar luogo al comune ascesso sottogengivale.

La flogosi, dapprima limitata alla loggia sottolinguale, si estese poi (per le condizioni anatomiche della regione serrata tra il robusto muscolo milo-joideo rinforzato dall'aponeurosi, il pavimento orale e la barriera ossea della mandibola) indietro, verso la base della lingua e il latero-faringe, specialmente a sinistra, pervenne fin nella loggia parotidea e nella fossa zigomatica, minacciando di propagarsi in basso lungo il fascio vascolo-nervoso del collo.

Data questa estensione del flemmone sottolinguale già per sè così grave, i pericolosi fenomeni generali e locali che lo hanno accompagnato, la complicanza broncopolmonare, l'età e infine la deficienza di mezzi a mia disposizione, considero fortunata evenienza, l'esito in guarigione completa. Però molto è dovuto alla resistenza fisica e morale del ragazzo che docilmente si sottopose prima all'intervento senza anestesia, e poi alle lunghe e dolorose medicature.

Per la diagnosi poteva sorgere il dubbio di un semplice adeno-flemmone sottomascellare, così comune nei ragazzi, ma la mancanza di segni di flogosi superficiale, l'assenza di fluttuazione superficiale, viceversa, e i segni precisi ricavati dall'esplorazione del cavo orale, oltre i gravi fenomeni generali, lo facevano escludere. Così il flemmone grave dello spazio cellulo-adiposo preepiglottico poteva escludersi per l'alterazione caratteristica del pavimento orale e per l'inizio della tumefazione, nella regione sottomentoniera.

Occorrevano sicure conoscenze anatomiche, per raggiungere per via ottusa — a cielo coperto — vuotare e drenare i focolai profondi zigomatici, parotidei, latero-faringei, rispettando vasi e nervi tanto importanti in queste regioni.

Nella cura chirurgica dei flemmoni ed ascessi profondi — per esempio dei flemmoni delle guaine della mano — potrebbero evitarsi i larghi sbrigliamenti con conseguenti cicatrici deturpanti e limitanti la funzione, essendo sufficiente il più delle volte a dominare la flogosi, raggiungere attraverso piccole incisioni per via sottocutanea e a cielo coperto i focolai flogistici per svuotarli, creando una via diretta di drenaggio o zaffandoli fin nei più profondi recessi con strisce di garza imbevute di antisettici (ipoclorito di calcio, acqua ossigenata).

Le medicature, poi, riescono certamente più dolorose, ma i risultati conservativi sono migliori che con i larghi sbrigliamenti. Ho veduto praticare con ottimo successo tale metodo dai medici francesi nelle flogosi da infortuni negli operai assicurati.

In primo tempo, quando il pus è abbondante, risponde bene il drenaggio tubolare là ove esistono tramiti, avendo tra l'altro il vantaggio di foggiare le pareti del tramite a canale regolare. In seguito il drenaggio capillare o mediante strisce di garza, imbevute di antisettici, è sufficiente, drena bene il pus e le secrezioni, porta a contatto dei tessuti le sostanze antisettiche, permette al tramite di restringersi.

L'efficacia della medicatura con l'ipoclorito di calcio nelle flogosi acute, è indubbia: discioglie, dissolve, fluidificandoli e sterilizzandoli, pus e tessuti necrotici, deterge le superfici sup-

puranti, stimola la granulazione senza ledere i tessuti viventi, per ostacolare la fagocitosi ed esporre all'assorbimento di una sostanza tossica.

Si vantano ora le soluzioni del Carrel, Dakin, ecc. a base di iploclorito, come di recente ritrovato straniero, mentre da tempo era in uso negli ospedali di Roma la soluzione di ipoclorito per lo stesso scopo. Nè sono necessari altri ingredienti, soluzioni madri o titolate in rapporti ponderali precisi; una ottima soluzione antisettica, si prepara estemporaneamente volta per volta con un poco del volgare cloruro di calcio in un sacchetto di garza, immerso per alcuni minuti in acqua bollente. La concentrazione della soluzione deve essere tale da non macerare il sottile velo di garza; il liquido va adoperato caldo e tenuto a contatto dei tessuti.

Un sistema propugnato dai francesi e da altri, rimette in uso il vecchio balsamo peruviano come stimolante la cicatrizzazione di piaghe e tramiti, e a questo scopo l'ho adoperato per accelerare la chiusura del secondo tramite nel mio operato.

Ho voluto far seguire all'esposizione clinica del caso di Angina di Ludwig alcune considerazioni pratiche a cui esso si prestava, anche perchè attinenti ad argomenti oggi in discussione.

Riano, 30 ottobre 1916.

LEZIONI.

Sulla debolezza costituzionale del cuore.

(KRAUS, *Deutsch, Med. Woch.* 13 sett. 1917).

Già dal 1905 io ho delineato il concetto della debolezza cardiaca costituzionale: ora l'argomento si trova già svolto nei trattati, sebbene non siano mancate obbiezioni e sopratutto quella della mancanza di una base anatomopatologica. Però io fin da allora mi sono riferito ai reperti di Morgagni, Meckel, Laennec, Rokitansky e Wirchow.

Già il Rokisansky aveva osservato che la piccolezza congenita del cuore e dei grossi vasi si trova per lo più in individui ipoplasici con atrofia a carico specialmente dell'apparecchio sessuale: egli discusse i rapporti tra questi stati morbosi e la tubercolosi e l'anemia.

Virchow poi trovò che nei cadaveri di clorotiche si riscontra un difetto di sviluppo del cuore e dell'aorta che è primitiva, giacchè non si tratta di atrofia, ma di ipoplasia: anche egli notò l'ipoplasia di tutti gli organi, specialmente dell'apparecchio sessuale, però osservò casi di ipoplasia isolata dell'apparecchio cardio-vascolare. Per lo più l'alterazione si sviluppa dopo la nascita per una sproporzione nella crescita dei vari sistemi: il fatto essenziale sarebbe secondo il Virchow la ristrettezza dell'aorta: le condizioni del cuore sarebbero varie, giacchè in molti casi si potrebbe avere anche un'ipertrofia cardiaca dovuta appunto al restringimento dell'aorta. Il Wirchow risale anche ad un concetto di patologia generale che dice: Gli organi che presentano alterazioni nello sviluppo hanno una predisposizione maggiore ad ammalarsi.

Il Wiedersheim in base ad un materiale più ricco è venuto alle stesse conclusioni: *quindi la predisposizione non sarebbe più qualche cosa d'indefinibile, non sarebbe più una debolezza funzionale, ma verrebbe ad avere una base anatomica.*

Io all'autopsia in molti casi mi son dovuto convincere che il cuore a goccia è molto sottile e spesso è accompagnato da un'aorta piccola. È specialmente il ventricolo sinistro che è ristretto.

I metodi diretti per stabilire le dimensioni del cuore e della massa muscolare sono naturalmente esclusivamente anatomici, ma si tratta sempre di processi non esatti. Esiste un metodo che bene adoperato può darci anche in vita un criterio abbastanza esatto sulle dimensioni del cuore e dell'aorta: è il radiologico. Questo, tanto coll'ortodiagrafia che colla teleradiografia, non solo ci permette di misurare approssimativamente il volume del cuore, ma di poterne studiare tutte le variazioni inerenti al sesso, al peso corporeo, all'età, alla costituzione ed in rapporto alla frequenza del polso, alla fase respiratoria, al lavoro muscolare, ecc.

Moritz ha richiamato l'attenzione sulle notevoli variazioni dell'ortodiagramma a seconda della posizione verticale ed orizzontale del paziente. Secondo la mia esperienza queste oscillazioni sono molto accentuate nei giovani con torace paralitico: in questi individui sono insufficienti i meccanismi di compenso dello splacnico per combattere nella posizione eretta la distribuzione della massa sanguigna secondo la gravità.

Queste regolazioni sono bene discusse nel trattato di Nicolai sulla meccanica della circolazione. Gl'individui con torace paralitico hanno per ragioni costituzionali una diminuzione del tono dei vasi addominali, che perciò nella posizione eretta si sovraccaricano di sangue: ne segue un minor riempimento del ventricolo destro, una diminuzione della quantità di sangue emessa ad ogni sistole ventrico-

lare, un aumento della frequenza del polso con essa in rapporto.

Nel riposo ad ogni contrazione cardiaca non viene spinto nelle arterie tutto il sangue, ma ne rimane una certa quantità di riserva: una contrazione completa si verifica solo in caso di maggiore lavoro. In tali condizioni si avrà anche una maggiore dilatazione diastolica.

Le ricerche avanti allo schermo fluorescente dimostrano le grandi variazioni del volume cardiaco in altre condizioni, specialmente in rapporto alle fasi respiratorie. La massima diminuzione di volume si ha nell'esperienza di Valsalva: qui probabilmente si ha la mancanza di qualunque riserva di sangue nella sistole. Nella respirazione tranquilla però più che il volume del cuore si modifica la sua posizione: nella inspirazione profonda il cuore segue il diaframma e quindi si abbassa; però è caratteristica una modificazione della forma che consiste in un assottigliamento ed allungamento della silhouette cardiaca.

Nell'enfisema da asma bronchiale si è osservata la stessa deformazione anche senza inspirazione forzata. Si ha così un aspetto tipico a goccia ed anzi questo è un argomento che si è opposto alla mia concezione radiologica del cuore a goccia. Prescindendo però dal fatto che esso si mantiene tale in qualunque fase respiratoria e che esiste la forma del torace caratteristica; il criterio fondamentale è che non esiste una livellazione inspiratoria diaframmatica come nel cuore a goccia da enfisema.

D'altra parte la sindrome clinica della debolezza cardiaca costituzionale non ha solo una sintomatologia radiologica ma una serie di altri sintomi subiettivi ed obbiettivi. Il cuore a goccia è un cuore ipoplasico, è dovuto ad un arresto di sviluppo del cuore e dell'aorta nella vita estrauterina. Questo fatto era ammesso dal Virchow ed ho avuto occassione di osservarlo seguendo dei bambini per lungo tempo: esso si forma verso il decimo anno.

Roux distingue dal punto di vista ontogenetico un primo periodo in cui l'accrescimento degli organi è indipendente dalla funzione ed un secondo periodo « della formazione funzionale » in cui l'accrescimento è solo regolato dalla funzione. Nell'uomo rispetto ai mammiferi si ha un accorciamento del torace forse in rapporto alla stazione eretta; ne risulta un incurvamento degli organi in esso contenuti. La lunghezza della parete toracica anteriore va proporzionalmente successivamente diminuendo fino al 13° anno di età.

Il rapporto tra la lunghezza e la larghezza toracica (indice toracico) presenta durante lo sviluppo e l'accrescimento modificazioni importanti: e mentre va crescendo il diametro trasverso, si produce un appiattimento antero posteriore; quindi si può dire che il diametro trasversale cresce a carico dell'antero-posteriore.

Questa modificazione è dipendente dalla meccanica respiratoria: il tipo primitivo addominale di respiro in rapporto colla stazione eretta tende a divenire toracico. Le conseguenze di queste trasformazioni si fanno risentire sui polmoni, sul cuore e sul diaframma. I limiti pleurici inferiori s'innalzano, il cuore si avvicina alla parete toracica anteriore e perciò i foglietti pleurici si allontanano. Il cuore a goccia si trova per lo più nei longitipi a tronco relativamente breve (con forti cifosi dorsale e scoliosi lombare), e non è tanto in rapporto con un accorciamento dell'apparecchio sospensore, o con un impianto basso del diaframma, come pensa il Wenkebach, quanto con una vera ipoplasia del cuore dovuta ad un'alterazione di sviluppo.

Sia le alterazioni sproporzionate del tronco rispetto all'altezza totale che il cuore a goccia sono forse in rapporto con fattori endocrini: queste specialmente nella vita estrauterina costituiscono un fattore morfogenetico importantissimo e l'aeromegalia e l'eunucoidismo ne costituiscono delle prove.

Io però ho numerosi esempi di cuori a goccia colle manifestazioni caratteristiche della debolezza cardiaca costituzionale, in individui con dimensioni e proporzioni del corpo normali.

Le caratteristiche del tipo somatico che per lo più presenta il cuore a goccia (Hochwuchs) oltre alle curve vertebrali suddette sono: il decorso obliquo delle costole, un restringimento nel mezzo della gabbia toracica, con ristrettezza degli spazi intercostali in questa regione ed un aumento inspiratorio degli spazi intercostali sopra o al di sotto di esse, creste dell'ileo ed arcate costali molto vicine, scapole sporgenti, ristrettezza dell'apertura toracica superiore e debolezza muscolare, sintomi nervosi-endocrini e psichici caratteristici.

L'anatomia patologica distingue un cuore ipoplasico da un cuore atrofico quale s'incontra nel carcinoma, nel morbo di Addison o nei bambini con gravi disturbi di nutrizione: questi non rientrano nell'ambito della mia trattazione.

Io distinguo il cuore debole costituzionalmente in due tipi clinici: o negl'individui con le sproporzioni somatiche descritte o in individui normali da questo punto di vista. D'al-

tra parte esistono tutti i gradi di passaggio dal cuore normale al cuore a goccia.

Il cuore a goccia si accompagna spesso più ad alterazioni funzionali a carico del sistema nervoso vegetativo di altri organi che dimostrano una debolezza irritabile di uno dei sistemi antagonistici. P. Alessandrini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Adunanza del 6 dicembre 1917.

Diabete insipido da emorragia nella neuroipofisi.

Luzzatto. — Riferisce di un caso di diabete insipido (con diuresi fino a 5 l. quotidiani) osservato in un vecchio affetto da carcinoma della prostata. Si pensò ad una metastasi ipofisaria, malgrado che la relativa terapia (eseguita per os) fosse rimasta senza risultato. All'autopsia, emorragia non molto recente, fatti di sclerosi e di gliosi nella neuroipofisi e nel penducolo, che era quasi troncato dall'emorragia nel punto del suo ingresso nella ipofisi. Erano intatti il *tuber cinereum* e tutte le formazioni poste alla base del cervello. Il caso dimostra, contrariamente alle ipotesi di Claude e di Lhermitte, che bastano lesioni della neuroipofisi e del peduncolo per dare il diabete insipido, indipendentemente da alterazioni della regione infundibulare.

Il metodo bipolare nella diagnosi, nella prognosi e nella cura delle paralisi periferiche.

Boschi. — Rivendica un'importanza nuova al metodo bipolare di stimolazione elettrica, troppo trascurato da che Duchenne de Boulogne ne ha fatto fulcro dei suoi magnifici lavori. Vi sono casi, capaci di mobilità volontaria, nei quali l'O. ha potuto notare completa ineccitabilità ad ogni maniera di stimolazione elettrica comune (chiusura dell'anode, stimolazione longitudinale) ed esisteva invece l'eccitabilità galvanica bipolare. Dalla presenza della eccitabilità bipolare egli ha potuto così essere condotto a scoprire talvolta la mobilità volontaria, che era impedita da una associazione funzionale, isteroide. La presenza della eccitabilità bipolare in paralisi di lunga data è criterio elettrodiagnostico che indica piuttosto la compressione che non la interruzione del nervo. Infine, essa ci suggerisce il metodo bipolare in elettroterapia per i muscoli i quali mostrino di reagire soltanto a questo metodo di applicazione elettrica (vedansi poi i concetti di cronassia, di lentezza di contrazione e le relative deduzioni nella pratica elettroterapica).

La direzione del movimento reattivo allo stimolo elettrico del muscolo tibiale anteriore nella ipoeccitabilità del nervo sciatico popliteo esterno.

Allorquando esiste ipoeccitabilità del nervo sciatico popliteo esterno, l'eccitazione elettrica del muscolo tibiale anteriore suol provocare una forma di reazione che è sintomatica e caratteristica. Anzichè aversi la forma di movimento reattivo proprio dell'azione del muscolo tibiale anteriore, flessione dorsale con adduzione e rotazione interna del piede, si hanno esclusivamente o assai prevalenti i movimenti di lateralità, escursione vasta del piede all'interno. Da vari criteri l'O. desume che ciò dipenda da un fatto di propagazione di stimolo *sui generis*, e provi nel tempo stesso che, allorquando si tratti di muscoli ad azione complessa come il tibiale anteriore, la propagazione di stimolo non escluda l'interessamento del muscolo direttamente stimolato, per modo che i componenti motorii antagonisti si elidano e quelli sinergici invece si addizionano. Nel caso concreto la diffusione si effettua al muscolo tibiale *posteriore*, antagonista nei movimenti supero inferiore e sinergico nei movimenti di lateralità; i primi cessano di apparire, o appaiono appena accennati, mentre l'escursione di lateralità, isolata o quasi, ha l'apparenza di essere anche più estesa che non nel soggetto normale.

Dott. Giovanni Pistocchi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La classificazione delle malattie con alta pressione vasale.

Warfield (*American Journal of the Medic. Sciences*, 1917, settembre) divide le affezioni accompagnate dall'aumento della pressione vasale in tre gruppi.

1° *gruppo.* — In questo gruppo di casi la pressione sistolica raggiunge i 200 e quella diastolica 120-140. Anche la pressione del polso è aumentata. Le arterie palpabili sono dure e fibrose. Le palpebre specie a giorno avanzato sono edematose. Si ha poliuria, basso peso specifico, nicturia, lieve albuminuria e cilindruria. L'esame funzionale del rene dimostra una diminuita capacità a secernere i sali e l'azoto. La escrezione dalla fenoltaleina, che è sempre al di sotto del normale, diminuisce progressivamente fino a scomparire del tutto. La morte si ha per uremia o scompenso cardiaco. Gli accidenti cerebrali sono piuttosto rari. Solo a questo gruppo secondo l'A. va attribuito il nome di malattia cardio-renale. C'è marcata ipertrofia e discreta dilatazione del ventricolo sinistro con ectasia e sclerosi nodulare dell'aorta. I reni sono duri, arrossati, impiccioliti, grossolanamente granulari: la corteccia è molto ridotta, la capsula è aderente. L'etiologia di questa forma è oscura.

2° *gruppo.* — Questo gruppo comprende i casi che sembrano ereditari. Si tratta di individui robusti, floridi, esuberanti, talora con tendenza alla pinguedine. La pressione è eccessivamente molto pingui. La pressione è eccessivamente alta. La pressione del polso è moderatamente aumentata. Le arterie sono piuttosto grandi, fibrose, spesso serpigginose, talora molto dure. Di regola non si ha edema palpebrale, non poliuria, non nicturia. Le urine sono normali per quantità, colore e peso specifico. Solo raramente si ha albuminuria, ma quasi sempre sono presenti rari cilindri ialini. La funzionalità renale non sembra alterata. In questi casi è molto frequente l'apoplessia. Esiste notevole ipertrofia del ventricolo sinistro; l'aorta è fibrosa, dura, leggermente ectasica, con placche di arteriosclerosi. I reni sono di volume normale, duri, fortemente ingrossati, la corteccia non è ridotta, la superficie è finamente granulare, la capsula è facilmente distaccabile. Le piramidi sono congeste. Le arteriole presentano generalmente inspessimento dell'intima e della media, ma di regola non si trova endoarterite obliterante.

3° *gruppo.* — È il gruppo dell'alta pressione arteriosclerotica. Si tratta d'individui avanzati in età, per lo più oltre i 50 anni, che si son sottoposti a lavori faticosi fisici o mentali per lo più intemperanti nel bere e nel mangiare. La pressione sistolica è alta, ma quella diastolica è normale o solo leggermente aumentata. Le arterie sono ingrossate, piene, fibrose, per lo più serpigginose. Il cuore è ingrandito. Non c'è poliuria, nicturia, albuminuria, nè cilindruria. Le urine sono per quantità, colore e peso specifico normali.

L'esame funzionale del rene non mette in evidenza alterazioni. I pazienti finiscono per lo più con fenomeni di scompenso. All'autopsia si trova il cuore ipertrofico, il classico *cor bovinum;* l'aorta è dilatata e sclerotica. I reni sono ingrossati, duri, di color rosso scuro con strie di grasso nella corteccia; questa è di spessore normale o solo leggermente inspessita; la capsula è facilmente distaccabile.

Adunque i casi di malattia con alta pressione possono raggrupparsi in tre tipi: *la nefrite cronica intestinale, l'ereditario* o *tipo cerebrale* e l'*arteriosclerotico* o *tipo cardiaco.*

Il trattamento di tutte e tre le forme è basato sulla correzione della dieta, che deve essere ridotta con diminuzione di alimenti contenenti basi puriniche ed esclusione di eccitanti (alcool, caffè, ecc.) come del fumo. Per ridurre la pressione di medicamenti efficaci non si conoscono che l'iodio ed il mercurio, che pare riesca vantaggioso anche nei casi non sifilitici. I fenomeni di scompenso vanno trattati con la digitale.

a. a.

TERAPIA.

Le iniezioni intratracheali dei medicamenti.

La somministrazione orale dei medicamenti urta contro un grave scoglio, quella dell'assorbimento, che è sempre incerto e malfido, oltre al fatto delle possibili azioni secondarie dei farmachi stessi (irritazione del tubo digerente e simili).

Per questo si è andato diffondendo, nella terapia, l'uso delle iniezioni sottocutanee, endovenose, endorachidee.

L'albero respiratorio era finora usato per l'introduzione di sostanze volatili, quali l'etere il cloroformio, e per le inalazioni di vapori o finissime goccioline. Auer e Gates (*Journ. of exper. medic.*, vol. XXIII) hanno tentato la via endotracheale, dimostrando che una soluzione di epinefrina, immessa per tale via, penetra,

in pochi secondi, negli alveoli, specialmente in quelli del lobo inferiore sinistro, provocando rapidamente un innalzamento di pressione, ciò che indica che l'assorbimento si fa a traverso i capillari, che vanno alle vene polmonari.

La somministrazione dei medicamenti per tale via esige dei procedimenti tecnici che sono un po' troppo complicati in confronto delle solite pratiche. Gli AA. però non ritengono necessaria la tracheotomia; basta un semplice ago da iniezione ipodermica che viene introdotto nel lume tracheale, immediatamente sotto la cartilagine ericoide, ed unito ad una siringa per mezzo di un breve tubo di gomma. La quantità di soluzione necessaria è di 3-5 cmc. La possibilità di pungere l'istmo della tiroide non è da considerarsi come un ostacolo, tanto più considerando le gravi condizioni (minaccia di insufficienza miocardica) che possono reclamare tale intervento.

Il vantaggio che tale sistema può offrire in confronto ad altre misure eroiche e specialmente dell'iniezione endovenosa è la difficoltà che s'incontra talora in tali casi per penetrare nelle vene con rapidità e sicurezza. L'assorbimento da parte degli alveoli polmonari avrà luogo fino a quando esista una circolazione cardio-polmonare, per debole che essa sia.

FIL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla presenza del meningococco nel sangue.

G. Raffaelli (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 45, 1917) afferma che i primi ad isolare i meningococchi dal sangue furono Cochez e Lémoire nel 1901. Un anno dopo Salomon ed altri lo riscontrarono nel sangue prima della comparsa di sintomi meningei e dei meningococchi nel liquido cerebro-spinale. In un caso di setticemia con porpora emorragica Andrew li trovò nel sangue senza che esistessero sintomi clinici e senza il reperto anatomico della speciale malattia. Numerosi altri osservatori trovarono di poi il meningococco nel sangue circolante con o senza la contemporanea esistenza di sintomi meningei.

Furono anche osservate affezioni varie da meningococco: broncopolmonari, endocardiche, pleuriche, ecc.

Già Banti e Mya avevano emessa la ipotesi della via ematogena della infezione da meningococco, e recentemente Netter e Debré, riprendendo lo studio dell'argomento, hanno sostenuto che la clinica dimostra non essere rara la setticemia nel decorso della meningite cerebro-spinale. Esponenti di essa sarebbero le artropatie, e tutte le localizzazioni viscerali del meningococco. Esistono inoltre forme di setticemia subacute, le quali decorrono per un certo tempo senza provocare fatti meningei: in questi casi è fuori dubbio che l'infezione generale ha succeduto e causato l'infezione meningea. A questi argomenti si contrappone il fatto che la cultura del sangue è quasi sempre negativa, che i reperti positivi furono trovati tutti in V-VI giornata di malattia, che le complicazioni viscerali sono tardive, donde il dubbio che l'infezione meningea sia primitiva e la sanguigna secondaria.

L'A. ha praticata la ricerca sistematica del meningococco nel sangue in 22 casi, adottando in tutte le ricerche la cultura in liquido ascitico, ed ottenendo in quasi tutti i casi reperto positivo (20 casi).

Risulta dalle ricerche dell'A. che il meningococco può rimanere a lungo nel sangue e nel liquido cerebro-spinale.

Una osservazione clinica è degna di speciale ricordo per la rapida scomparsa del meningococco dal liquor e dal sangue, con un nuovo reperto positivo in quest'ultimo e dopo due mesi di completo benessere. In alcuni casi, esaminando i pidocchi delle vesti, si ebbe del pari esito positivo. Il reperto positivo fu trovato sempre anche nei primi giorni qualche volta 24 ore dopo la comparsa dei sintomi della speciale malattia.

Infine l'A. esprime l'opinione che molti risultati negativi nella ricerca del meningococco nel sangue degli affetti di meningite cerebro-spinale siano dovuti alla scarsissima resistenza del germe, che fa fallire le culture non fatte direttamente dal sangue prelevato dalla vena. Ciò anche in accordo con quanto afferma il Feer, secondo il quale le numerose osservazioni delle recentissime grandi epidemie hanno insegnato che l'infezione delle meningi difficilmente avviene per immigrazione diretta dei germi, ad es. attraverso la lamina etmoidale, ma che i meningococchi passano nel sangue e raggiungono le meningi per via sanguigna, di modo che si è autorizzati a considerare la meningite come la metastasi più frequente e più precoce di una sepsi meningococcica. Si sono potuti riscontrare anche casi di sepsi meningococcica, senza che le meningi venissero attaccate.

P. C.

Pubblicheremo prossimamente:

M. GHIRON, *Su di un nuovo agente eziologico della diarrea;*

E. E. PITTARELLI, *Sulla ricerca della formalina nelle sostanze alimentari;*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(916) *Emissione di gas per i genitali femminili.* — Al Dott. G. B.:

La produzione di gas nell'utero gravido è dovuta al metabolismo di certi microrganismi, specialmente del *Bacillus aërogenes capsulatus.* Le bollicine di gas si raccolgono nel fondo dell'utero, e vi si possono accumulare in tanta copia da rilevarsi con suono timpanico alla percussione e con rumori metallici all'ascoltazione.

Dopo l'espulsione del feto, il gas sfugge con rumore ben percettibile. Tale stato di cose decorre generalmente con temperatura elevata ed è seguito da processi di endometrite.

In condizioni fisiologiche può invece verificarsi un fenomeno analogo per l'espulsione di aria imprigionata nella vagina. Occorre tener presente che questa non ha un calibro regolare, ma che è ristretta nella parte inferiore ed è invece assai più larga in vicinanza dell'utero. In certe posizioni, o per certe manovre (introduzione di cannula per l'irrigazione e simili), specialmente in vagine alquanto ampie, l'aria atmosferica vi entra liberamente e vi resta poi imprigionata quando le pareti vaginali si accollano nella parte inferiore. In seguito poi, per cambiamenti di posizione, movimenti, ecc., l'aria viene scacciata più o meno rumorosamente. in tale caso non si può parlare di cura; questa invece sarà rivolta, nel primo caso, all'infezione che domina la scena.

I. P.

(917) Al dott. N. G. da B.:

Quest'anno non si tengono corsi per ufficiali sanitari in nessuna università del Regno.

(918) Al dott. B. A. indichiamo:

1° *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* (Masson et C.ie, Paris; abbonamento 32 franchi).

2° *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* (Milano, via S. Orsola 1; abbonamento annuo L. 20). B. R.

(919) Al dott. M. M. da V.:

Suggeriamo il Formulario terapeutico del Rubino, 6ª ediz.; Milano, F. Vallardi.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali, ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che gli scriventi ci si facciano conoscere.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

DOPTER. *Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale.* Un vol. in-16° rilegato di oltre 90 pag. con 17 fig. J. B. Baillière et Fils, Parigi. Prezzo L. 1.50.

In questo volumetto delle *Actualités médicales* il Dopter dopo brevi cenni clinici sulla meningite c. s., passa ai metodi di diagnosi sia clinici che di laboratorio, diffondendosi specialmente su questi, data la loro importanza.

La parte preponderante del lavoro è consacrata al trattamento specifico, alla sieroterapia, per la quale vengono fornite le indicazioni necessarie, vengono trattati diffusamente gli insuccessi e i disturbi da siero prescrivendo il modo di rimediarvi. Le figure e gli schemi molto chiari saranno pure di notevole giovamento.

Questo libro rappresenta lo stato attuale delle questioni inerenti alla meningite c. s. e sarà letto con piacere e con utilità da quanti vi si interessano. FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Una rivendicazione.

L'anno scorso già facemmo presente la convenienza di equiparare la Sanità militare alle armi combattenti. Non insistemmo perchè avvenimenti tristissimi non consentirono che c'intrattenessimo su quistioni di rivendicazioni di classe.

Ben altro ci interessava e ci angosciava. Oggi che i soldati d'Italia col proprio sangue hanno riscattato l'onta di Caporetto, auspicando che la Direzione Generale di Sanità militare sappia dalla dura lezione dei fatti trarre utili insegnamenti per correggere e migliorare il funzionamento del servizio sanitario al fronte, noi possiamo, senza rimorsi e senza reticenze, riprendere la discussione sulle quistioni riguardanti gli interessi ed il decoro della classe medica.

Ce ne fornisce lo spunto una opportuna interrogazione presentata alla Camera dall'onorevole Sanarelli e già riportata nel fascicolo 3° di questo periodico.

Nella fiducia che il ministro della guerra la prenderà in tutta la considerazione che merita, ci accingiamo intanto ad esaminare di nuovo il problema.

Il corpo sanitario militare, come è noto, non viene considerato un'arma combattente, ma un servizio di intendenza. Abbiamo già in altra occasione accennato alle nefaste conseguenze di questo stato di subordinazione del servizio medico da altri non specificamente competenti. Ma non è su ciò che ora vogliamo intrattenerci: ora vogliamo rilevare che l'ufficiale per sì fatto stato di cose si trova ad essere in una condizione d'inferiorità materiale e morale in confronto degli altri ufficiali dell'esercito.

Mentre gli ufficiali di complemento delle armi così dette combattenti possono raggiungere il grado di maggiore e se si trovano in zona di guerra quello di tenente-colonnello, l'ufficiale medico di complemento può solo aspirare al grado di tenente e rispettivamente a quello di capitano. Si son fatte, è vero, delle eccezioni, nominando maggiori alcuni sanitarî forniti di determinati titoli professionali; ma questa eccezione non riguarda la gran massa dei medici. A ciò bisogna aggiungere che gli ufficiali del corpo sanitario non possono aspirare alle promozioni per merito di guerra.

Quanta importanza abbia tutto ciò agli effetti materiali, non è necessario dimostrare. Col grado, si sa, varia lo stipendio. E per professionisti, per lo più carichi di famiglia, l'elemento finanziario non è trascurabile, tanto più che il rincaro del costo della vita progredisce vertiginosamente ed il perdurare della guerra esaurisce ogni eventuale risorsa di economie prebelliche. Paion, queste, considerazioni volgari, ma da queste volgarità sono determinate condizioni di spirito, che hanno la loro influenza sull'attività e la produttività degli individui.

Ma a parte ciò, l'ufficiale medico trovasi in uno stato anche di inferiorità morale di fronte agli ufficiali delle altre armi. Mentre questi avanzano rapidamente nel grado, gli altri cristallizzano tutt'al più nel grado di capitano. Uomini già maturi, ricchi di esperienza e di studii, devono, per lo meno nella forma, usare a giovanissimi ufficiali non ancora sufficientemente esperti della vita quei riguardi che la gerarchia e la disciplina impongono.

Senza dire che la espressione equivoca di arma non combattente ingenera il sospetto che gli ufficiali appartenenti al servizio sanitario siano degli imboscati o presso a poco.

Un tale sospetto, certo, per quelli che hanno vissuta o sanno la vita della guerra, non è giustificato. Ma talvolta, specie per il grosso pubblico, le frasi hanno più valore dei fatti.

Comunque sia, il corpo sanitario militare sconta ora gli effetti di vecchi preconcetti che la tragica esperienza durata circa tre anni non è riuscita a modificare. L'ufficiale medico è ancora considerato per quel che dovrebbe essere e non per quello che è effettivamente. Lo si considera ancora come è scritto nelle tavole della Convenzione di Ginevra, come se nessuno si fosse ancora accorto che quelle tavole sono diventate poveri stracci di carta, che hanno avuto lo stesso trattamento di altri trattati internazionali.

A ben considerare le cose riesce oggi difficile dire in che cosa *sostanzialmente* differisca un ufficiale medico da quello delle altre armi considerate come combattenti. Se per combattenti si intendono quegli ufficiali che uccidono o feriscono o tentano uccidere o ferire i nemici, non si comprende come siano considerati tali quegli ufficiali dello stato maggiore o delle Direzioni del genio o d'artiglieria che non combattono mai. Se questi preparano i piani o i mezzi per il combattimento, non sono meno necessarii per le battaglie i medici, che forniscono e salvaguardano il mezzo più essenziale e più prezioso, il materiale umano.

O se invece sono considerati combattenti

quelli che per il fatto della guerra sopportano disagi, affrontano pericoli, versano il loro sangue o danno la vita, non si riesce a comprendere come e perchè i medici per tale riguardo siano da meno degli altri.

I medici vivono la vita delle trincee e vi hanno versato il loro sangue. Nelle sezioni di sanità, negli ospedali da campo, nelle ambulanze, essi non sono esposti al pericolo meno delle truppe anche più avanzate.

Il numero dei morti per proiettili, circa 140, è una sufficiente documentazione del pericolo che essi corrono. Eppure i medici non appartengono alle armi combattenti.

Quando si vanno a disinfettare le trincee conquistate, le truppe addette a tale servizio sono guidate sotto l'incessante bombardamento nemico da un ufficiale del genio e da uno medico; il primo appartiene alle armi combattenti, il secondo no.

L'ufficiale di artiglieria di grosso calibro che fa il suo servizio a 15-20 kilometri dalle linee di trincee ed in ricoveri ben riparati e nascosti, è combattente, mentre non lo è l'ufficiale medico che lavora a 2-3 km. dalle trincee, protetto solo dal segno della Croce Rossa che molte volte costituisce il bersaglio del nemico, quasi il richiamo dei proiettili.

Non è un ufficiale combattente il medico che lascia la sua vita in fondo al mare per il siluramento di un trasporto, quello colpito da una bomba di areoplano mentre lavora in ospedale, o quello che soccombe per una infezione contratta nel curare gli infermi o i feriti.

No, non eri un combattente tu, povero Scalia, che ancora agiti nella immensità del mare sanguigno la tua mano, già morta prima che tu morissi, la tua mano sapiente, che tante sofferenze ha lenite, tante vite ha risparmiate!

No, non eri un combattente, tu, buon Mignacca, che avesti il cervello scucchiaiato, quel cervello che aveva avute tante vibrazioni di pietà, tanta luce di scienza!

E voi, Viviani, Malatesta, Borgognoni, non combattevate a Castelfranco, quando le bombe dal cielo vi colpirono e vi distrussero mentre, perdurando l'incursione, tentavate sottrarre alla morte i colpiti dalle precedenti bombe!

E voi neppure, Lerda e Siccardi, moriste combattendo, perchè la setticemia e l'ittero emorragico non sono nemici!

Oh sì, i medici affrontano, se non combattono, più nemici che gli stessi combattenti. Essi muoiono, senza provare la transumana ebbrezza della battaglia, al loro posto di lavoro, e oltre l'insidia nemica, essi subiscono l'insidia del male stesso che cercano lenire.

Nè i medici godono più il privilegio di non potere essere fatti prigionieri.

Anche sotto questo riguardo essi oramai subiscono la sorte comune agli altri ufficiali, anzi con qualche aggravante. Il notevole numero di sanitari prigionieri fatti dagli austro-tedeschi durante la ritirata sul Piave oltre che alla deplorevole e deplorata circostanza che molti ospedali furono situati nelle immediate vicinanze del fronte, si deve anche al fatto che a rimanere, per assistere i feriti intrasportabili, furono delegati dei medici sorteggiati. Rimanere, sapendo di andare incontro sicuramente agli orrori della prigionia, ecco una tragica situazione di spirito, che non capita spesso ai combattenti.

Nè le battaglie, quelle che più angosciano e più minano l'esistenza, le lotte sentimentali, hanno per il medico al fronte soste o riposi. Egli molte volte non vede la lotta cruenta delle resistenze nelle trincee e degli assalti. Del resto pochi la vedono: il generale Cadorna disse che le battaglie moderne danno la sensazione del vuoto. Ma il medico ne vede e ne sente le conseguenze. Tutta la carne lacerata, mutilata, sanguinante, possa sotto i suoi occhi; egli raccoglie le lagrime, i gemiti di tanti sofferenti.

Tutto l'orrore, tutto l'immenso dolore della guerra, si versa nel suo cuore.

Se il suo corpo senza lottare spesso soccombe, il suo spirito è in una lotta continua.

Ma, a norma di legge, gli ufficiali medici, come i contabili, non sono combattenti!

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Pro orfani profughi di sanitari. — L'Amministrazione del Collegio-Convitto di Perugia per gli orfani dei Sanitari italiani, comunicando di aver già provveduto a parecchi orfani di sanitarii del Friuli morti fuori dei loro paesi, segnala la condizione speciale nella quale vengono a trovarsi gli orfani di sanitarii profughi da paesi oltre l'antico confine, i quali non erano contribuenti dell'opera pia Collegio-Convitto. Per soccorrere tali casi eccezionali, di cui già si ha un esempio nei sei orfani del chimico farmacista Sebastiano Aldo Favero, profugo da Cervignano, e deceduto in Milano, la suddetta Amministrazione ha aperto una sottoscrizione, alla quale non mancherà il caloroso concorso dei sanitari italiani.

Dispensa ed esonero ai laureandi in medicina. — La notizia pubblicata sotto questo titolo nello scorso numero, da noi attinta nei giornali politici, riportata senza che avessimo avuto il tempo di controllarla, ci risulta insussistente in seguito ad informazioni assunte presso il Ministero della guerra.

ATTI PARLAMENTARI.

Per i medici militari addetti agli Ospedali per contagiosi. — L'on. Sanarelli ha interrogato il Ministro della guerra «per sapere se, in riguardo al maggior lavoro, ai maggiori disagi, alle restrizioni della libertà ed ai pericoli effettivi cui è esposto il personale sanitario addetto a tutti gli Ospedali militari territoriali per soli contagiosi, non si creda giusto anche quando, fra i malati, non ve ne siano di natura esotica, di corrispondere al medesimo il trattamento fatto ai corpi mobilitati o, almeno, quella indennità contumaciale che è concessa largamente a quasi tutti gli ospedali territoriali in zona di guerra».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7117) *Trattamento economico dei medici chiamati sotto le armi.* — Dott. M. D. L. P. da Z. di G. — Il D. L. del 15 aprile ultimo, n. 727, che regola il trattamento economico da farsi ai medici condotti chiamati sotto le armi tassativamente determina che tale funzionario ha diritto, se non è ufficiale o sotto ufficiale allo stipendio maggiore o civile o militare. Però se lo stipendio ad assegno militare è inferiore a quello civile a carico della amministrazione civile, alla quale l'impiegato appartiene, rimane soltanto la differenza esistente fra lo stipendio civile ed il militare, mentre se lo stipendio ad assegno militare è superiore a quello civile l'amministrazione civile non deve sostenere alcuna spesa a proprio carico.

In applicazione di tale teoria il Comune presso cui presta servizio durante il di lei servizio militare, Le dovrà corrispondere la differenza dello stipendio nel solo caso che quello che essa Le corrispondeva sia superiore a quello che presentemente riceve dalla amministrazione militare.

(7118) *Indennità caro viveri.* — Dott. C. C. da G. Il capoverso 3° dello articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181 determina che agli impiegati comunali che prestano servizio presso diversi enti pubblici locali è corrisposta un'unica indennità che viene ripartita a carico di ciascuno degli enti obbligati, proporzionatamente agli stipendii rispettivamente dovuti. Ella, quindi, pel servizio che presta a scavalco ha sempre diritto ad una unica indennità, che dovrebbe essere ripartita fra i due Comuni, in proporzione dello stipendio che ognuno di essi Le corrisponde.

(7119) *Econero dei medici condotti dal servizio militare.* — Dott. A. A. da M. V. — Per effetto del D. L. 9 dicembre 1917, n. 1985 sono revocate tutte le dispense e gli esoneri antecedentemente concessi. Essendo Ella della classe 1878 può ottenerlo di nuovo dimostrando di essere stato assunto in servizio presso il Comune stabilmente prima dell'inizio della guerra e di essere indispensabile ed insostituibile. Il ministero della Guerra è competente a concedere la dispensa o la temporanea esenzione, previo, nel caso da Lei esposto, parere motivato della Commissione provinciale stabilita in ciascuna provincia. Simili dispense od esoneri possono essere revocati per quei laureati in medicina chirurgia che non abbiano prestato almeno un anno di servizio militare in zona di guerra, sempre che sia possibile assicurare, mediante la loro surrogazione, la continuità e la piena efficienza del servizio per il quale avevano ottenuta la dispensa o la esonerazione.

(7120) *Nomina ad interino-titolare sotto le armi - Stabilità.* — Dott. E. F. da Z. — Avendo il dottore B. avuto regolare concorso ed ottenuta la nomina a titolare medico condotto, quando cesserà il servizio militare, ha diritto a prendere il posto che gli compete e che ha, a suo tempo, regolarmente acquistato sebbene non abbia potuto occuparlo realmente perchè altrove chiamato a prestare servizio nel R. Esercito. Ella potrà rimanere sul posto fino al ritorno del collega, ma, anche sorpassando il prescritto biennio, non acquisterà mai la stabilità, perchè questa segue la nomina in base a concorso, che Ella non ha.

(7123) *Infortunio.* — Dott. L. M. da R. — La sua osservazione sarebbe giusta se si fosse trattato di uno smottamento o di una frana o di qualsiasi altro guasto avvenuto fortuitamente per intemperie od altra causa. In tal caso il Comune, oltre la scritta, avrebbe dovuto porre, come è prescritto, il fanale rosso ed avrebbe dovuto fare quanto era tecnicamente imposto per evitare disgrazie, come, pur troppo, si sono verificate. Ma se la costruzione della strada era per sè stessa pericolosa in modo da obbligare i passanti o i viandanti alla massima circospezione, devesi ritenere che anche la scritta era, in tale ipotesi, superflua, perchè si deve provvedere a riparare ciò che è guasto e non ciò che è stato costruito tecnicamente imperfetto ed ognuno che percorre una strada con veicolo deve essere in grado, o con fanali o con proiettori, di vederla bene ed evitare i pericoli, che vi possono essere o per mancanza di parapetto o per non ben quotate discese o per altra ragione. In tale posizione di cose, a noi sembra, che non si possa far risalire al Comune la colpa della caduta.

(7124) *Congedo - Esonero.* — Dott. L. G. P. da M. — Veramente la disposizione che fu data in principio della guerra con cui si impediva ai medici condotti di usufruire dell'annuale congedo non risulta mai revocata. A nostro avviso si potrebbe, però, concedere un qualche congedo, anche ora sempre che le condizioni locali, e prima di ogni altra, quella di assicurare un regolare e continuo servizio di assistenza sanitaria, lo permettano pur riducendone la durata. In caso di rinunzia o di rifiuto non si potrebbe, però, pretendere la somma stanziata in bilancio per la supplenza sia perchè, in ogni caso, il congedo sarebbe negato in forza di un prevalente motivo di interesse pubblico, sia perchè effettivamente la supplenza mancherebbe non potendo certamente un sanitario supplire a sè stesso. Con il recente D. L. 9 dicembre 1917, n. 1985, furono revocati tutti gli esoneri concessi ai medici condotti in base al precedente D. L. del 21 aprile 1916. Essi debbono essere sottoposti a nuovo esame in seguito a richiesta della rispettiva Prefet-

tura da farsi entro un mese dal 28 dicembre 1917. Sui medesimi deve essere inteso il parere della Commissione istituita con l'articolo 5 del succitato Decreto e deve decidere definitivamente il Ministero della guerra. Si avverte che qualsiasi esonero può essere revocato per quei medici, che non abbiano prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4367:

I medici della classe del '73 molto probabilmente non verranno chiamati alle armi.

Lo stipendio del tenente medico è di L. 2400 e quello del capitano ammonta a L. 4000 più l'indennità d'arma e quelle eventuali.

All'abb. n. 5037:

In base al decreto 9 dicembre 1917, Circ. G. M. 811, e data la poca anzianità della sua classe non è compreso tra quelli che godono il privilegio di poter essere esonerati.

All'abb. n. 1279:

Le spettano tutte le indennità dovute agli ufficiali di pari grado in servizio in zona territoriale, e quindi ha diritto a percepire quelle da Lei stesso elencate.

All'abb. n. 4695:

La distinzione agli effetti del servizio tra gli ospedali da campo da 100 e da 200 letti e gli ospedaletti someggiati e careggiati non è molto marcata, e probabilmente l'ultima visita collegiale passata dal collega nel gennaio 1917, che lo dichiarava idoneo ai servizi negli ospedali da campo in genere, non contemplava tale differenza, che nella guerra di posizione era realmente non molto notevole. Certo però nella guerra di movimento le dislocazioni sono alquanto più frequenti per le unità da 50 letti ed il collega potrebbe in base a ciò reclamare al Direttore di Sanità del Corpo di Armata per ottenere una destinazione che più si confaccia alle sue condizioni fisiche.

Per esser promosso capitano occorre faccia risultare la sua idoneità incondizionata. Per rispondere all'ultimo quesito occorre conoscere la sua anzianità nel grado di tenente.

All'abb. n. 5254:

Se la malattia dalla quale è stato affetto è stata riconosciuta come dipendente da cause di servizio il periodo di degenza in ospedale e in quello di convalescenza contano come servizio.

Solo però i dichiarati inabili al servizio attivo per ferita riportata in guerra conservano il diritto ad una promozione.

All'abb. n. 9347:

Il fatto di esser stato ferito quattro giorni prima del 23 marzo 1916, giorno nel quale furon promossi i suoi colleghi di pari grado ed anzianità, non infirma il suo diritto alla promozione. Farà benissimo ad avanzare reclamo al Ministero della Guerra e non si può dubitare affatto del buon esito di esso

Al dott. V. C. da T.:

Come già altra volta è stato detto, occorre far domanda al Ministero della Guerra (Direzione generale servizi logistici ed amministrativi - Divisione assegni) allegando tutti i documenti che comprovino la convivenza in famiglia paterna dell'ufficiale ora prigioniero, e che detta famiglia era a suo carico.

All'abb. n. 1094:

Se le verrà tolto l'esonero ed Ella ha grado di ufficiale nella Croce Rossa, sarà richiamato come ufficiale della suddetta associazione ed impiegato come tale. Se invece figura come militare, sarà al cessare dell'esonero, precettato come militare laureato in medicina, e potrà poi far domanda di avere il grado di ufficiale secondo i titoli che possiede. (Circolare 734, G. M., 1916).

All'abb. n. 3787:

Come già altra volta si è detto, per la nomina a capitano occorre provare di aver compiuto *non meno di quindici anni* di esercizio professionale. Il richiamo quindi non potrà avvenire col grado di capitano, che per altro gli verrà conferito appena compiuto il periodo di tempo necessario a terminare i 15 anni. Naturalmente dovrà avanzare allora domanda per via gerarchica.

All'abb. n. 7947:

A rigor di termini la sua nomina *stabile* non è avvenuta prima dell'inizio della guerra, come vorrebbe il decreto Luogotenenziale al quale Ella accenna.

Però la sua nomina a medico condotto per un biennio in seguito a concorso avvenuta il 21 novembre 1914 può essere un titolo a lei favorevole.

All'abb. n. 5903:

Come si è già ripetutamente detto, non esiste nessun decreto Luogotenenziale o circolare ministeriale nel senso da Lei accennato.

Gli avvicendamenti del personale sanitario tra i reparti di prima e seconda linea sono devoluti al buon senso dei Direttori di sanità.

Al dott. G. M. da M.:

Nessuna disposizione esiste nel senso accennato dal collega.

Non si comprenderebbe infatti la differenza che possa passare tra il servizio prestato a Milano e quello che si può prestare in qualsiasi altra città o paese d'Italia.

L'ufficiale trattenuto fuori di residenza per servizio ha diritto all'indennità di prima categoria pei primi quindici giorni e di seconda categoria per altri seguenti quindici giorni.

Al dott. G. C. da P. B.:

Qualora le venga revocato l'esonero Ella, in base ai 14 anni di laurea, malgrado i molti ed importanti titoli dei quali è fornito, non potrà conseguire che il grado di tenente medico. Cfr. circ. 734 G. M. 1916 e seguente circ. 796 G. M. 1917.

Il diritto a percepire due mesi dello stipendio precedente, riguarda soltanto gli impiegati governativi o assimilati ad essi e quindi al collega, come aiuto di clinica, spetta di percepire, dopo il richiamo, due mesi del suo onorario (Legge sullo stato degli impiegati e circolare n. 568 del 1915, decreto Luogotenenziale 1064, 11 luglio 1915).

Per essere nominato capitano occorre l'idoneità incondizionata.

Agli abb. n. 8423 e 9032:

Nessun decreto Luogotenenziale è stato pubblicato circa l'esenzione dalla chiamata alle armi o l'esonero dal servizio militare dei *laureandi* in medicina e chirurgia.

All'abb. n. 902:

La circolare cui accenna il collega è evidentemente la circ. 811 del G. M. 1917.

All'abb. n. 4815:

La revoca o meno dell'esonero dipende dal giudizio della commissione provinciale deputata a tali decisioni. Essa soltanto ha i dati per apprezzare l'utilità di mantenere il collega nel suo attuale servizio.

Se le venisse revocato l'esonero, data la anzianità della sua classe, sarà trattenuto in servizio nella zona territoriale del corpo di armata di sua residenza.

Ciò sempre compatibilmente con eventuali improvvise esigenze di servizio.

All'abb. n. 6148:

Se il Prefetto ha designato lei e gli altri colleghi delle classi giovani per la revoca dell'esonero è molto probabile che la commissione scelga i meno anziani e mantenga agli altri, compreso quelli della sua classe, l'esonero che attualmente godono.

Se le sarà invece revocato l'esonero ella verrà subito chiamato come militare laureato in medicina e potrà allora far la domanda del grado che le compete in base ai titoli posseduti. (Circolare 734 G. M. 1916).

Al dott. E. T. da P.:

Come si è già ripetutamente detto gli ufficiali medici *come tutti quelli che appartengono a corpi amministrativi e non combattenti,* non possono *in zona territoriale* ottenere, nel ruolo ordinario di complemento, successive promozioni.

Questo afferma l'art. 47 della legge d'avanzamento che venne, dopo un breve periodo di sospensione, rimesso in vigore dalla circolare 752 (art. 6) 1916.

Potrebbe il collega venir promosso, pur essendo in zona territoriale, solo se venisse proposto per gli art. 2 e 5 della suddetta circolare (distinzioni speciali).

All'abb. n. 4695:

Deve trattarsi di un errore di stampa o di un *lapsus calami.*

La idoneità per conseguire la promozione deve essere incondizionata.

All'abb. n. 842:

Appartenendo il collega a classe che non ha obblighi di servizio, non avrà luogo per lui alcuno degli accertamenti disposti dal recente decreto Luogotenenziale, che concerne solo i medici di classi aventi obblighi militari.

All'abb. n. 5071:

L'avvicendamento dei medici ai quali sarà revocato l'esonero verrà fatto per mezzo di altri colleghi, possibilmente dipendenti dalla medesima amministrazione, che, appartenendo alle classi 82 e 83 e più anziane, si trovino in zona di guerra da almeno un anno.

L'avvicendamento avverrà per tutte le classi suddette contemporaneamente o quasi, nè è per ora fissato il periodo nel quale il medico avvicendante sarà trattenuto nel servizio che è stato chiamato a compiere.

Del pari non è possibile stabilire quanto tempo i medici cui venne revocato l'esonero resteranno in zona di guerra.

I medici attualmente in zona di guerra se trovansi nelle circostanze previste possono darsi in nota per essere avvicendati nei servizi civili a supplire i colleghi cui viene ora revocato l'esonero.

All'abb. n. 5176:

In base alla circolare 734 del 1916 le spetta il grado di capitano.

All'abb. n. 4322:

Non esiste alcuna disposizione legislativa in merito. E' una facoltà concessa al ministro anche in relazione al numero delle decorazioni che sono ogni anno disponibili.

All'abb. n. 1575:

Le disposizioni in questione sono riportate dalla circolare n. 811 del G. M. 1917.

Se però la commissione competente riconosce la sua indispensabilità l'esonero gli verrà riconfermato.

Al dott. E. A., Zona di Guerra:

Ella può avanzare domanda per via gerarchica al Ministero della Guerra allegando i titoli.

S'intende però che il suo richiamo in zona territoriale e conseguente impiego in un servizio civile, sarebbe facilitato qualora un'amministrazione civile lo richiedesse al Ministero per il tramite della Prefettura.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirugo giovane, ottimi titoli (8 anni comprimario condotta) offresi per interinato preferibilmente cittadina. Dott. Lainati, via Alessandria n. 184, Roma.

Medico-chirurgo provetto con buoni documenti, valido ed attivo, assumerebbe un buon interinato anche esteso purchè rimunerato. Scrivere R. P., posta, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Aliotta Antonino, direttore della Clinica pediatrica di Catania, è promosso al grado di ordinario.

Il prof. Fiori Paolo è incaricato dell'insegnamento di patologia chirurgica presso l'Università di Modena.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Bonome prof. Augusto, Padova; Capparelli prof. Andrea, Catania; Vitali prof. Fabio, Bologna.

Ufficiali: Desogus prof. Roberto, Cagliari; Secreti dott. Enrico, Roma.

Cavalieri: Castronuovo prof. Giovanni, Napoli; Lucibelli prof. Giuseppe, Napoli; Mastronardi dott. Giovanni, Campi Salentino (Lecce); Piccinino prof. Felice, Napoli; Cascino prof. Rosario, Modica (Siracusa).

NOTIZIE DIVERSE

Fascio meridionale di resistenza nazionale.

Il 24 gennaio, nella R. Università di Napoli, ebbe luogo una riunione di professori ufficiali e pareggiati, presieduta dal senatore prof. Fadda, allo scopo di costituire il fascio meridionale di resistenza nazionale. Fu votato, per acclamazione, il seguente ordine del giorno:

«Gli insegnanti ufficiali e pareggiati della Università di Napoli, memori dell'alto e generoso tributo di pensiero, di azione e di martirio, dato in ogni tempo dall'Ateneo Napoletano per la indipendenza e la libertà dell'Italia;

orgogliosi di avere tra i primi acclamato alla guerra di redenzione delle terre italiane di lingua e di sangue, e d'indipendenza della Patria nei suoi naturali e sicuri confini per terra e per mare, e di aver dato una schiera di eroici discepoli alla santa causa delle storiche rivendicazioni nostre e di ogni altra nazione mutilata ed oppressa, ed alla lotta mondiale della libertà e civiltà contro la barbarie militare e feudale teutonica;

convinti che resistere sia vincere, e che per la vittoriosa resistenza bellica urge la incrollabile resistenza morale del paese;

ritenuto che ad oppugnare il cieco pacifismo prematuro, ed il disfattismo traditore per manovre settarie o parlamentaristiche, urga organizzare in un «Fascio meridionale» di difesa nazionale tutte le sicure e pugnaci energie intellettuali, morali e civili votate alla guerra fino alla vittoria;

inviando un commosso saluto agli studenti dell'Ateneo Napoletano caduti con le armi in pugno alle fronti della Patria;

deliberano la loro fervida adesione al «Fascio parlamentare di difesa nazionale», e di costituirsi in «Fascio meridionale di difesa nazionale», domandando al Comitato promotore di estendere ed intensificare la patriottica organizzazione in Napoli e nelle provincie sorelle».

Il fascio patriottico dei professionisti.

Varie associazioni di professionisti capitanate dall'Ordine dei medici e dalla Sanitaria Milanese, costituenti l'Unione per la resistenza, si sono riunite in assemblea, fondando un nuovo fascio, ispirato ai più alti fini patriottici.

La " Croce Rossa „ per il corpo volontario garibaldino.

Il Presidente della Croce Rossa Italiana, on. Conte della Somaglia, ha inviato al colonnello brigadiere Peppino Garibaldi un telegramma con cui dichiara che la Croce Rossa Italiana si onora di offrire il servizio sanitario ai volontari garibaldini.

I prigionieri italiani tubercolotici rimpatriati.

L'*Osservatore Romano* in un comunicato ufficiale annunzia che, in seguito alle premure fatte da Sua Santità presso il Governo austro-ungarico perchè venissero rimpatriati senza scambio i prigionieri malati di tubercolosi, lo stesso Governo, aderendo a tale richiesta, ha già cominciato a provvedere al rimpatrio dei prigionieri italiani tubercolosi.

Anche la Croce Rossa Italiana si era interessata efficacemente a questa restituzione.

Siccome il numero dei tubercolizzati è pur troppo elevatissimo tra i nostri prigionieri, a causa delle tristi condizioni di vita loro fatte, ci si prospetta il grave pericolo che la «peste bianca» venga ad essere largamente diffusa dai reduci della prigionia.

Sappiamo che le autorità sanitarie civili e militari vanno adottando mezzi adeguati per fronteggiare la situazione.

È morto a 62 anni il prof. GIOELE FILOMUSI-GUELFI, da circa un trentennio ordinario di medicina legale nell'Ateneo pavese.

Lascia molte e pregevoli pubblicazioni nel campo scientifico; ma chi lo ebbe Maestro ricorderà soprattutto di Lui la profondità dell'insegnamento, l'acuta incisiva dialettica nel caratteristico accento abruzzese, lo scrupoloso attaccamento alla Scuola, che Egli non volle — finchè potè — abbandonare, benchè da anni sofferente di nefrite e da ultimo quasi cieco per una grave corioretinite.

L'opera Sua più pregevole è la *Medicina Legale*, trattato di così solida lena, di così rara compiutezza, di tale originalità di vedute, che vorremmo saperlo un po' meno sconosciuto fra i medici e largamente adottato nelle nostre Scuole universitarie. Ma purtroppo, come già osservammo nelle colonne del *Policlinico* (1917, fasc. 11), molte ottime opere d'ingegni nostrani scompaiono di fronte alla pletora delle traduzioni di opere straniere e grazie alla noncuranza dei nostri Editori... Se così non fosse, il migliore e più duraturo omaggio alla memoria dello Scienziato che oggi scompare potrebbe essere una riedizione di questo libro, ch'Egli dovè stampare alla bell'e meglio, in più riprese, in veste editoriale affatto inadeguata al suo intrinseco valore ed alle esigenze della diffusione che meritava.

P. R.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXV. *Roma, 17 febbraio 1918* Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. ISTITUTO DERMOPATICO CARLO ALBERTO (TORINO)

Sifilide latente e traumatismi di guerra

pel prof. CARLO VIGNOLO-LUTATI,
Medico primario e libero docente di clinica dermosifilopatica.

È nota la preferenza che il terziarismo dimostra per organi resi meno resistenti da antecedenti patologici varî (gangli degli scrofolosi; fegato degli alcoolisti; lingua, palato, faringe dei fumatori, ecc.), e sono stati d'altra parte descritti nella letteratura come provocatori *in situ* di manifestazioni terziarie anche i *traumatismi* più diversi (contusioni, fratture, ferite, iniezioni, scottature, vescicatori, ecc.).

Considerando peraltro la non costante influenza rivelatrice, che una circostanza traumatica qualsiasi od un fatto irritativo equivalente può esercitare su una sifilide nascosta, doveva sembrare specialmente interessante in questo momento di guerra l'indagare in quali condizioni generali e locali di reattibilità abbia da trovarsi un sifilitico di fronte ai molteplici pretesti occasionali di un risveglio.

Perciò ritenni utile raccogliere e commentare la seguente osservazione.

Un giovane ufficiale di 28 anni aveva riportato in uno scontro numerose ferite in diverse regioni del corpo: una di queste ferite, alla spalla destra, pur non avendo dapprima presen-

tato in confronto delle altre nessun carattere di particolare gravità, limitandosi ad una lesione delle parti molli, dopo qualche tempo, anzichè accennare a ripararsi, assunse un aspetto speciale: i suoi bordi si indurirono notevolmente, divenendo rosso-violacei e facendosi in alcuni punti bitorzoluti, e nelle immediate vicinanze di questi margini bitorzoluti si svilupparono poi successivamente tre rilevatezze dure, rosee, che, raggiunta la grandezza circa di una fava, si trasformarono quindi a loro volta in ulcerazioni nettamente rotondeggianti ed indolenti. Essendo stato in questo momento interpellato sulla natura di queste lesioni, comparse nelle vicinanze della ferita, mi parve di poter sorprendere nei caratteri sia dei bordi rossastri, duri e netti, sia del fondo particolarmente grigiastro, lucente l'aspetto di tre ulcerazioni gommose. E la mia attenzione fu pure attratta dall'aspetto quasi simile, che presentavano anche i margini bitorzoluti della ferita, che si erano già trasformati in una serie di piccole ulcerazioni rotondeggianti.

Fournier nel suo « *Traité de la Syphilis* » afferma di avere avuto più volte occasione di osservare la trasformazione di alcune ferite (*traumatismes sanglantes*) « *en de veritables ulcères spécifiques. Il est même arrivé,* egli scrive, *en pareille occurrence, qu'on a dépisté, de par l'objectivité spéciale de ces plaies « dégénérées » des syphilis dont les malades ne parlaient pas* ».

Il mio ammalato si era contagiato di sifilide all'età di 22 anni e si era curato in modo molto irregolare per tre anni. I disagi della vita di guerra avevano pertanto contribuito non poco a pregiudicare le sue condizioni generali. Se peraltro la diminuzione della resistenza organica del soggetto e la deficienza del trattamento specifico avrebbero potuto facilmente spiegare un risveglio della sifilide latente, inducendo ad interpretare come espressione di un tale risveglio le ulcerazioni a carattere gommoso, che si erano sviluppate nelle vicinanze della ferita della spalla destra, il fatto, che questa soltanto, tra le numerose ferite, si sarebbe trasformata in una manifestazione terziaria, avrebbe dovuto verosimilmente lasciare supporre che in tale regione della spalla si dovessero trovare alcune condizioni particolarmente necessarie per rendere rivelatrice l'influenza del trauma.

Giova pertanto subito notare che in questo giovane la sieroreazione di Wassermann era stata fortemente positiva e le ulcerazioni della spalla erano poi guarite abbastanza rapidamente in seguito ad un trattamento specifico a base di iniezioni di calomelano.

Un caso simile a quello, che ho ora descritto, mi era occorso di pubblicare già nel 1912 (*Contributo clinico sperimentale allo studio dell'immunità nella sifilide tarda con speciale riguardo all'influenza rivelatrice del trauma nel periodo di latenza.* — Il Morgagni, parte I, n. 4, 1912) e riguardava una donna di 40 anni, la quale avendo riportato contusioni multiple alle gambe, alle braccia e al dorso in seguito ad una caduta, aveva veduto circa quattro mesi dopo svilupparsi in corrispondenza di una delle zone contuse della gamba destra un'intumescenza, che a poco a poco si era ingrandita e trasformata in vaste ulcerazioni gommose. Questa donna, maritata da 18 anni, era stata nel primo anno di matrimonio contagiata di sifilide dal marito, ma non si era curata che poco e male. In questa donna, nella quale era stata pure ricercata con esito positivo la sieroreazione di Wassermann, un innesto, praticato al braccio sinistro con materiale tolto da un sifiloma primario, aveva risposto con una lesione, che aveva assunto l'aspetto di una gomma ulcerata: risultato questo accordantesi colle note esperienze di Finger e Landsteiner.

Già Queyrat e Pinard avevano riferito alla Società dermatologica francese di avere osservato in un giovane, sifilitico da 7 anni, la comparsa di manifestazioni terziarie a carattere ulceroso sul naso in un punto colpito dal calcio di un cavallo, ed innestando in questo malato un piccolo frammento di un sifiloma primario avevano ottenuto dopo 21 giorno « au point d'inoculation une lésion tertiare type sans retentissement ganglionaire », che aveva cioè « le même type que les autres lésions tertiares, dont le malade était porteur ».

Considerando che la mia ammalata, come l'ammalato di Queyrat e Pinard, prima dell'innesto sperimentale aveva, durante un periodo di latenza, risposto all'azione di un trauma, accidentale con una manifestazione di modalità terziaria soltanto in uno dei molteplici punti colpiti dal trauma stesso, quale rapporto si sarebbe potuto ammettere tra l'areazione specifica provocata dal *trauma accidentale semplice* e la reazione provocata sperimentalmente dal *trauma-innesto?*

Come è noto, contrariamente al Finger, il quale suppone le manifestazioni della sifilide tarda dovute ad una remissione di quell'immunità generale, che dovrebbe essere assoluta nel secondo periodo di latenza, Blaschko volle

considerare nella maggioranza dei casi le manifestazioni tarde della sifilide come espressioni di una diminuzione locale dell'immunità, di una diminuzione cioè circoscritta solo alla zona, nella quale si estrinsecherebbe la recidiva: cosicchè Blaschko, notando che le manifestazioni tarde della sifilide si limitano per lo più ad un unico focolaio, propose di indicare il *periodo tardo* come *periodo della monosifilide* e come *periodo della polisifilide* il *periodo precoce*, nel quale le manifestazioni sono multiple. Nel *periodo tardo*, essendovi per lo più una manifestazione sola circoscritta o poche manifestazioni sparse senza simmetria e comparse non simultaneamente ma successivamente, dovrebbe sembrare più verosimile supporre la recidiva determinata non da una metastasi di materiale spirochetico trasportato per la via del sangue da qualche vecchio focolaio latente, come nelle recidive simultanee multiple del periodo precoce, ma piuttosto ad una riaccensione di vecchi residui locali. Blaschko distinse tuttavia due tipi di *polisifilide tarda;* in *un primo tipo di polisifilide tarda* la recidiva si estrinsecherebbe fin dal primo momento simultanea in molteplici regioni diverse e, come le recidive simultanee multiple del periodo precoce, dovrebbe considerarsi dipendente da una remissione generale totale dell'immunità, remissione estesa anche al sangue, cosicchè avverrebbe una distribuzione di materiale spirochetico per metastasi da qualche vecchio focolaio nascosto, oppure, con ipotesi meno probabile, potrebbe essere spiegata come dipendente da una remissione simultanea dell'immunità in molteplici focolai, dove si riaccenderebbero di conseguenza vecchi residui di materiale spirochetico rimasti *in situ* durante il periodo di latenza; un *secondo tipo di polisifilide tarda* sarebbe *monosifilide in primo tempo* e diventerebbe *polisifilide* soltanto *in secondo tempo;* un primo focolaio di recidiva sarebbe dovuto ad una remissione circoscritta di immunità e da questo primo focolaio di recidiva riacceso potrebbe, per una remissione generale dell'immunità, remissione quindi estesa anche al sangue, avvenire successivamente una metastasi di materiale virulento in parecchie regioni diverse.

Numerose furono pertanto le indagini dirette a stabilire dove si nasconda il *virus* sifilitico durante i periodi di latenza. Neumann, Hjelmann, Unna, Majocchi erano riusciti a dimostrare nella sede pregressa di una lesione sifilitica cutanea, anche molto tempo dopo la guarigione apparente, infiltrati residui, solo istologicamente reperibili, in mezzo ai quali fu da alcuni supposto che si potesse nascondere inattivo il *virus* durante i periodi di silenzio dell'infezione; questo *virus nascosto* avrebbe poi in seguito potuto determinare *in situ* una riaccensione degli infiltrati, una recidiva, ovvero, trasportato a distanza, avrebbe potuto provocare in altra sede una manifestazione nuova.

Ed il Pasini, che già nel 1906 aveva affermato, al Congresso dermatologico di Milano, di essere riuscito a dimostrare la persistenza di spirochete pallide senza residui di infiltrazione nel tessuto atrofico, esito di una papula specifica, due anni dopo la scomparsa della papula stessa; nel 1910 riconfermò in un nuovo lavoro la sua convinzione che nei periodi di latenza dell'infezione sifilitica le spirochete possano rimanere nascoste nei tessuti precedentemente colpiti da manifestazioni specifiche. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, fascicolo VI, 1910).

Già Sandmann del resto nel 1908 avendo ottenuto in nove scimmie la produzione di sifilomi sperimentali inoculando otto volte i residui cicatriziali di otto diversi sifilomi dell'uomo, clinicamente guariti da un tempo variante da tre a diciassette mesi, ed una volta il residuo di una papula sifilitica pure clinicamente guarita, aveva concluso dichiarando che « *nei resti di manifestazioni sifilitiche clinicamente guarite potendo rimanere per mesi ed anni il virus vitale e virulento, nonostante l'intervento di cure mercuriali e l'assenza di ogni altro sintomo di sifilide, questi resti di manifestazioni sifilitiche avrebbero dovuto considerarsi come la sede del virus durante il silenzio dell'infezione* ».

Ed anche Hoffmann nel 1908, ricordando ricerche analoghe di Roma, aveva riferito di avere ottenuto nelle scimmie risultati positivi, innestando tessuto cutaneo prelevato da sedi progresse di efflorescenze sifilitiche sia durante sia dopo la cura mercuriale, e di avere inoltre riscontrato spesso al *paraboloide* spirochete pallide viventi e non scarse nel succo ricavato da vecchie cicatrici di sifilomi anche in individui, che erano stati sottoposti ad un trattamento specifico.

In alcune ricerche da me fatte (*Nuovo contributo di ricerche sulle parvenze cliniche della guarigione cutanea in rapporto coll'infezione sifilitica.* Gazzetta medica italiana, 1910) su zone cutanee, che erano state sede di papule sifilitiche e che erano state escisse a distanze di tempo diverse dalla guarigione apparente, non essendomi riuscito possibile dimostrare in mezzo a scarsi residui di infiltrazione la presenza

di spirochete ed avendo in un caso constatato tuttavia dopo qualche tempo una recidiva *in situ* con ricomparsa delle spirochete, mi parve verosimile l'ipotesi di Neisser, Baermann ed Halberstaedter, secondo i quali il *treponema pallidum* dovrebbe essere nei periodi di calma ospitato di preferenza nei tessuti ematopoietici (midollo osseo, milza) e fagocitato da leucociti, che lo tratterrebbero, senza distruggerlo, inattivo fino ad un nuovo risveglio, fino a quando cioè per mezzo della via sanguigna verrebbe trasportato nei vari organi e nella pelle, dove, accumulandosi e moltiplicandosi attorno ai vasi, o provocherebbe fatti di infiltrazione (manifestazione nuova) o riaccenderebbe residui di infiltrazione latenti (recidiva *in situ*). Ma per conciliare tuttavia la contradizione emergente dalle risultanze delle mie ricerche in confronto dei reperti di Sandmann, Hoffmann e Pasini pensai che nel periodo risolutivo più intenso dell'infiltrazione specifica le spirochete o potessero ridursi *in situ*, per fagocitosi, numericamente a tal punto da rendere assai difficile la loro dimostrazione e ripullulare poi *in situ* nei periodi floridi (recidive) dell'infezione in modo da riaccendere i residui d'infiltrazione, o potessero subire *in situ*, diventando inattive, tali modificazioni da rendersi nel periodo di latenza irreperibili coi metodi coloranti usati fino ad oggi; riacquistando per altro la loro tangibilità normale nei momenti di risveglio anche prima di provocare l'infiltrazione reattiva.

È tuttavia probabile che durante i periodi di latenza le spirochete possano rimanere nascoste ed inattive non in tutti ma soltanto in uno o in pochi dei molteplici distretti cutanei, che siano stati occupati dalle prime manifestazioni specifiche secondarie; cosicchè spiegandosi in tal modo la possibile mancanza di spirochete in corrispondenza di alcuni focolai già apparentemente guariti, si spiegherebbe ad un tempo il perchè le recidive successive delle polisifilidi precoci non siano tutte recidive *in situ*, non avendo in generale numericamente la stessa molteplicità di focolai delle prime manifestazioni secondarie. Con una tale ipotesi, anche pensando alla possibilità di una polisifilide tarda da simultanea remissione di immunità in diversi focolai pregressi, non si escluderebbe neppure la possibilità di una *monosifilide tarda in primo tempo* da riaccensione di un unico focolaio cutaneo latente di spirochete, e di *polisifilide tarda in secondo tempo* da metastasi di materiale virulento dallo stesso focolaio della monosifilide.

È così che, riportando queste considerazioni all'influenza non costantemente rivelatrice di un trauma sopra una sifilide latente, si resterebbe indotti ad ammettere come condizione necessaria per una manifestazione specifica *posttraumatica* la preesistenza di spirochete, rimaste nel punto traumatizzato nascoste ed inattive, dopo la guarigione apparente di una manifestazione specifica pregressa, più o meno lontana in ordine di tempo. Ed è così che, non potendo un trauma rappresentare in ogni sifilitico la condizione provocatrice sufficiente di una manifestazione specifica, si spiegherebbe perchè un sifilitico, simultaneamente colpito da molteplici traumi, non risponderebbe con un risveglio in tutti i punti traumatizzati, come dovrebbe accadere, se bastasse il fatto della diminuita resistenza dei tessuti traumatizzati (*loci minoris resistentiae*) a richiamare per *metastasi* il virus da quelle sedi, nelle quali si fosse mantenuto nascosto ed inattivo durante i periodi di latenza. Ed è così ancora che potrebbe spiegarsi perchè sperimentalmente in un soggetto sifilitico in confronto dei *traumi sterili* soltanto i *traumi-innesto*, portatori nel punto traumatizzato di materiale spirochetico, riuscirebbero talora a provocare reazioni di carattere specifico. Donde sarebbe lecito concludere che sia il *virus endogeno* cioè già *in situ* (rimasto nascosto ed inattivo nei periodi di latenza) o *esogeno* cioè portato *in situ* dall'esterno coll'innesto, il *trauma* starebbe in entrambi i casi a rappresentare una causa solo capace di facilitare nei tessuti offesi lo sviluppo attivo delle spirochete e le conseguenti reazioni neoplastiche specifiche. Siccome per altro, come io facevo notare nel mio lavoro pubblicato nel 1912 nel *Morgagni* e nel *Dermatologische Centralblatt*, una lesione specifica può talora manifestarsi ad una certa distanza di tempo dall'azione del trauma, è d'uopo ammettere, oltre al risveglio delle spirochete latenti in mezzo ai tessuti offesi, anche il concorso necessario di un altro fattore non sempre già esistente nel momento del trauma; il fattore cioè rappresentato da una diminuzione generale dell'immunità. Ed è appunto per questa mancante diminuzione di immunità generale che si potrebbero anche spiegare gli eventuali insuccessi di *traumi-innesto* praticati in qualsiasi zona dell'ambito cutaneo di soggetti sifilitici.

Cosicchè, se nella malata, che formava l'oggetto della mia osservazione, pubblicata nel 1912, il fatto, che tra le molteplici contusioni, riportate nella caduta, una sola contusione alla gamba aveva subito la metamorfosi in lesione specifica, mi aveva indotto con verosimiglianza a pensare che il trauma alla gamba fosse sopravvenuto su una zona, nella quale fino a quel

momento sarebbero rimaste nascoste ed inattive le spirochete, e nella quale coll'offesa dei tessuti esso trauma avrebbe quindi rappresentato una circostanza aggravante locale di quella diminuzione di immunità, che sarebbe risultata pure in altra sede cutanea coll'esito positivo del *trauma-innesto;* doveva apparire conseguentemente altrettanto verosimile anche in questa mia nuova osservazione spiegare il fatto che di fronte alla molteplicità delle lesioni avesse risposto con una reazione specifica soltanto la ferita della spalla, pensando che in un soggetto, nel quale si potevano considerare le sue condizioni generali profondamente deperite come equivalenti di una diminuzione dell'immunità (sieroreazione positiva), e quindi supporre come più o meno imminente una significazione spontanea della sifilide latente, il traumatismo sarebbe intervenuto come una causa occasionale sollecitatrice in quella sola zona della spalla, nella quale si sarebbe eventualmente trovato a colpire una sede nascosta di spirochete.

NOTE DI TECNICA.

GABINETTO DI CHIMICA E MICROSCOPIA DELL'OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI diretto dal col. E. MAGGETTA.

Sulla ricerca della formalina nelle sostanze alimentari.

Nota del dott. E. PITTARELLI, capitano medico e dello stud. EMILIO PITTARELLI, aspir. uff. (*).

La formalina a cagione del suo fortissimo potere antisettico e della sua quasi assoluta insipidità nelle soluzioni molto diluite, si è assicurato il posto d'onore nel commercio disonesto per la conservazione e l'adulterazione delle sostanze alimentari. La sua analisi presenta perciò una grande importanza anche economica per la medicina militare; ma non esistono ancora nè metodi abbastanza facili, nè reattivi abbastanza semplici da essere abbordati nella pratica giornaliera dei medici genereci. Due sono le nazioni che si dànno come caratteristiche di quell'aldeide, e portano il nome l'una del nostro Rimini, l'altra del Fischer. Quella del Fischer ha il difetto di essere non solo poco sensibile (1:2000, secondo alcuni 1:5000), ma altresì poco accessibile per la rarità del reattivo (*paradiidrazinobiferrile*); e l'altra del Rimini, sensibilissima e d'un'eleganza senza pari nelle soluzioni pure, trova nelle sostanze alimentari molte condizioni che la turbano. L'acido solforico, ad es., dà gli stessi risultati appariscenti; ora la presenza di esso è costante nei vini, almeno nella prima epoca della loro vita, e non è rara nelle preparazioni e nelle conserve proteiche (incipiente putrefazione). Aggiungasi che la creatinina e l'acetone dànno coi reattivi usati dal Rimini intense colorazioni rosse, le quali celano completamente le lievi sfumature azzurrine che vengono date dalle minime quantità di formalina: ora la creatinina è un componente normale delle carni e del latte, e l'acetone è stato talvolta segnalato nel latte istesso.

La reazione del Rimini, applicata alle sostanze alimentari, richiede perciò dei previi trattamenti, che non potrebbero limitarsi alla sola distillazione, poichè con quest'operazione non verrebbero eliminati nè l'acido solforico, nè l'acetone.

Spinti dalle necessità del nostro ufficio abbiamo perciò eseguito una serie di esperienze metodiche sulla ricerca della formalina, e sopratutto sulla sua distinzione dall'aldeide etilica, la quale s'incontra usualmente in bromatologia, poichè è un componente normale di tutt'i liquidi fermentescibili (vino, birra, spiriti, ecc.). Fra i moltissimi reattivi e reazioni da noi studati ne segnaliamo qui alcuni di quelli che meglio si confanno alla pratica, perchè non richiedono nè grandi mezzi tecnici, nè preparazione scientifica da specialisti; riserbando ad altra pubblicazione l'esposizione completa dei nostri risultati.

1. *Acido salicilico.* — In soluzione fortemente acida e calda dà un precipitato biancolatteo con la formalina, e nessun fenomeno appariscente con l'aldeide etilica.

2. *Resorcina.* — In soluzione fortemente acida e calda precipita in bianco l'aldeide etilica e in cremisino l'aldeide formica.

3. *Carbazolo.* — In ambiente fortemente acido e caldo si colora in bleu-verde con la formalina, e non muta colore con l'aldeide etilica, o, al più, dà una leggerissima colorazione brunastra.

In tutti e tre questi casi si usi di preferenza l'acido solforico, perchè evita il riscaldamento artificiale: si operi sopra piccole quantità di liquido, *uno o due cmc.*, e si usi un mezzo volume di acido.

La resorcina può usarsi anche sotto altra forma, che talvolta può essere più comoda: — Si aggiunga al liquido d'assaggio un po' di resorcina, indi della soda caustica fino a reazione fortemente alcalina; si attende alcuni

(1) Il lavoro per intero verrà pubblicato prossimamente in altro periodico.

minuti, e si acidifica. In tali circostanze si ha un voluminoso precipitato (bianco-latteo e fioccoso) con la formalina e non con l'aldeide etilica.

Queste reazioni si possono praticare, senza verun altro trattamento, in tutti i liquidi non albuminosi; gli albuminosi devono essere previamente dealbuminati, il che *non si deve ottenere col riscaldamento*, ma con uno dei tanti reattivi a freddo, e preferibilmente coll'acido tricloracetico.

3. *Diazo-reazione.* — Se a una soluzione di acido diazonaftionico β si aggiunge dell'acido solforoso e una traccia di xilidina, si ottiene una colorazione giallognola, che non viene alterata dall'aldeide etilica. In presenza di formalina si ha invece una intensa e bellissima colorazione rosso-ciliegia. Splendida reazione, appartenente a una lunghissima serie di reazioni analoghe, sulle quali qui non ci possiamo dilungare.

4. *Ammoniaca.* 5. *Idrazina.* — L'ammoniaca e l'idrazina convertono la formalina in composti che precipitano coll'iodomercurato di potassio; l'aldeide etilica, nelle stesse circostanze, non dà nessun precipitato.

Per l'esecuzione si aggiunge al liquido d'assaggio dell'ammoniaca fino a sentirsene fortemente l'odore; l'idrazina, che reagisce invece anche in soluzione acida, può aggiungersi sotto forma di uno dei suoi sali. Si attende alcuni minuti, si acidifica, e si versa l'iodomercurato: la comparsa di un precipitato svela, nell'uno e nell'altro caso, la preesistenza della formalina.

Anche queste reazioni possono usarsi in tutt'i liquidi non albuminosi o dealbuminati convenientemente (coll'acido tricloroacetico).

6. *Reattivo idrazino-mercurico.* — L'unione dell'idrazina coll'iodomercurato di potassio fornisce un ammirabile reattivo unico, atto non solo a riconoscere, ma anche a separare e dosare le due aldeidi. Partendo dalla nozione che colle due aldeidi i sali d'idrazina sprigionano tutto il loro acido, nella proporzione di 2 molecole di acido per ogni molecola d'idrazina; e che 1 molecola del composto che l'aldeide formica forma coll'idrazina precipita 1 atomo di mercurio, si può arrivare agevolmente a comporre un reattivo atto al fine propostoci.

Occorono le seguenti soluzioni:

a) Una *soluzione decinormale di formalina*, che servirà per titolare la soluzione mercurica.

b) Una soluzione di *jodomercurato potassico*, corrispondente a quella di formalina. — La soluzione corrisponde quando, mescolata a un egual volume di quella di formalina, aggiuntovi un leggiero eccesso d'idrazina sotto forma di uno dei suoi sali, e filtrando dopo alcun tempo, si ottiene un filtrato il quale non precipita nè per aggiunta di formalina nè per aggiunta di jodomercurato. (Per la preparazione del reattivo jodomercurato, o di Mayer, ved. la *Farmacopea Ufficiale*). — Il reattivo dev'essere neutro al metilararicio.

c) Una soluzione di *solfuro ammonico*, corrispondente a quella di mercurio. — La soluzione corrisponde quando, mescolandola ad egual volume della soluzione mercurica, e filtrando, si ottiene un filtrato il quale non precipita nè per aggiunto di solfuro, nè per aggiunta di jodomercurato.

d) Una *soluzione decinormale di carbonato sodico.* — Questa servirà anche per preparare la soluzione di formalina: all'uopo si aggiunge alla formalina un eccesso di sale d'idrazina, si colora con metilarancio, e si titola l'acido sprigionatosi.

e) Del *metilarancio* e del *nitroprussiato sodico.*

L'operazione analitica procederà come segue: Il liquido d'assaggio si colora con metilarancio, si neutralizza esattamente, e si addiziona di un volume noto del reattivo idrazino-mercurico. — Tenute presenti le quantità di aldeidi che usualmente possono incontrarsi, basterà usare un ½ volume di reattivo.

Dopo 4-5 minuti, il miscuglio si colora in cremisino, se il liquido conteneva solo l'aldeide etilica; e, inoltre, dà un precipitato cremisino, se vi esisteva pure formalina. La mancanza di precipitato escluderà dunque la presenza di formalina; ma il precipitato non escluderà l'eventuale presenza dell'aldeide etilica.

Per la discriminazione, si filtra, e nel filtrato si titola l'acidità mediante il carbonato sodico. Il volume di questo occorso (V) corrisponde all'acido sprigionato sia dall'aldeide formica sicuramente presente, sia dall'aldeide acetica eventualmente presente.

Allo stesso miscuglio si aggiunge ora una traccia di nitroprussiato, indi il solfuro ammonico fino a leggera e persistente colorazione rosso-violetta del liquido sopranatante al precipitato nero che viene formandosi. Il volume occorso corrisponde al mercurio non precipitato dal composto (*idrazone*) formo-idrazinico; avremo per differenza il volume (v) di mercurio precipitato dall'idrazone.

Poichè tutt'i liquidi si corrispondono volume a volume, evidentemente la differenza $V\text{-}v = v'$ corrisponderà all'acido sprigionato dall'aldeide etilica.

Il calcolo si fa sapendosi che ogni cmc. di acido decinormale corrisponde a mgr. 4,2 di aldeide etilica e a mgr. 3,00 di aldeide formica o metilica.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Il trattamento dell'arteriosclerosi (malattia cardio-vascolo-renale).

Nelle odierne condizioni di vita intensa, — osserva un pregevole articolo editoriale del *Journ. of the American medical Association* — questa affezione, che può considerarsi quasi fisiologica nell'età avanzata, si sviluppa frequentemente in età abbastanza giovanile.

All'inizio i sintomi sono quelli della ipertensione, e come tale va trattata, senza però dimenticare che talvolta l'alta pressione sanguigna rappresenta una specie di compenso.

Ad ogni modo è bene evitare l'uso di medicamenti per correggere l'ipertensione, che viene invece regolata dalla dieta; ridurre quindi al minimo le basi puriniche e la carne, proibire il tè, caffè, alcool, interdire o ridurre al minimo l'uso del tabacco. Consigliare un modico esercizio, ma proibire gli sforzi fisici e mentali; l'insonnia va combattuta, somministrando eventualmente il cloralio, ma evitando che se ne formi l'abitudine; anche le infezioni fra cui la piorrea alveolare vanno combattute.

Sono consigliabili i bagni caldi, turchi, di luce. Nella dieta si deve ridurre al minimo il burro, lo zucchero, gli amidi, concedendo una piccola quantità di pane e di patate; molto ridotta deve essere la quantità di liquido ai pasti; si diano invece delle frutta a volontà.

Si tenga in considerazione la cattiva digestione intestinale, procurando una scarica giornaliera.

Nel caso di obesi, specialmente se la pressione è alta, la tiroidina, od anche piccole dosi di joduri possono essere di giovamento, specialmente nelle donne.

Se si riscontrano segni di irritazione renale (albumina, cilindri) o di insufficienza nella escrezione, la malattia va trattata come una nefrite interstiziale cronica.

Col progredire della malattia, il cuore si ipertrofizza; però fino a che la circolazione cardiaca si mantiene buona e non si presenta una miocardite cronica, i sintomi cardiaci non si manifestano. In caso contrario, invece, oppure se la pressione è tanto alta da farsi risentire sulle valvole aortiche o sul ventricolo sinistro, bisognerà rivolgere al cuore una grande attenzione.

In seguito poi compaiono i sintomi dello scompenso cardiaco, con la dilatazione del ventricolo destro e la ripercussione sul rene, con l'aggravarsi della nefrite cronica interstiziale. In tali condizioni è spesso difficile decidere se predomini l'insufficienza cardiaca o la renale; la localizzazione dell'edema aiuta talora la diagnosi, poichè esso prevale agli arti inferiori nell'insufficienza cardiaca quando il paziente è alzato; è invece più generale sopratutto alla faccia e alle mani in quella renale. In quest'ultima si notano nausea e vomiti, cefalea e sonnolenza, e talora scosse muscolari e dolori neuralgici.

Quando il cuore incomincia a venir meno, la frequenza del polso aumenta a 120-130 e più al minimo esercizio.

Questi pazienti devono esser tenuti a letto, a meno che siano in età avanzata, in cui, se il cuore perde la sua energia per un prolungato riposo, più non la riacquista. Ad ogni modo nella insufficienza cardiaca acuta è necessario un riposo di 1-2 settimane, che potrà farsi anche sopra una poltrona o in posizione semiseduta, in cui questi ammalati, specialmente durante gli accessi di ansia, respirano meglio.

Uno dei primi segni dell'insufficienza cardiaca è l'impossibilità a riposare sul fianco sinistro; in quanto che, specie se si tratta di grassi, la pressione del corpo inceppa l'azione cardiaca, cagionando dispnea ed angoscia.

Prima che questi ammalati lascino il riposo, occorrerà saggiare la resistenza cardiaca con qualche esercizio; tenendo presente che occorre procedere gradatamente e che ogni esercizio che provochi un aumento della frequenza del polso di oltre 22, va considerato come eccessivo.

La dieta deve essere nutriente ma adattata alle condizioni dello stomaco, dell'intestino e dei reni, dividendola in piccoli pasti a 3-4 ore di intervallo.

Per combattere l'idropisia viene consigliata la dieta di Karell, regolata come segue. Per sei giorni si danno quattro dosi di latte da 200 cmc., a 4 ore di distanza, incominciando alle 8 del mattino, proibendo l'ingestione di ogni altro cibo o bevanda. Per altri sei giorni, si aggiunge un uovo (alle 10) ed una fetta di pane tostato (alle 18), aumentando gradatamente con due uova, un po' più di pane, una fetta di carne, del riso o dei cereali. Gli intestini devono esser tenuti liberi con enteroclisma, e con purganti vegetali, o con olio di castoreo. Se la sete è eccessiva, si darà poca acqua, e se il desiderio di cibo è forte, si darà un po' di pane. Questo trattamento dietetico va continuato per 5-6 settimane.

Per quanto riguarda l'uso dei purganti, prima del periodo di scompenso può essere utile somministrare settimanalmente del calomelano od un purgante salino, ma invece manifestatasi l'insufficienza cardiaca, occorre astenersi dai purganti e concedere solo dei lassativi vegetali.

Le porzioni alte dell'intestino, il fegato ed i reni vengono meglio sollevati da improvvise modificazioni della dieta, eventualmente da un periodo di digiuno.

Alla dieta di Karell non vanno sottoposti i pazienti con uremia, che abbisognano di una maggior quantità di liquidi.

Durante la cura di riposo, è consigliabile un leggiero massaggio.

Nei casi di debolezza cardiaca, a meno che non vi sia una pressione diastolica molto alta, è utile la digitale; sono utili invece i nitriti se non vi sono edemi, ma sono manifesti altri sintomi di stanchezza del cuore, con alta pressione sanguigna.

Talvolta si nota alta la pressione diastolica e bassa la sistolica, con polso piccolo; in tali condizioni, dovute ad insufficienza del cuore, la digitale, unita al riposo e ad una dieta regolata, porta notevoli miglioramenti.

La digitale deve esser somministrata in quantità gradatamente crescenti, fino a raggiungere i limiti della sua attività fisiologica, interrompendone poi l'uso per breve tempo. Nei casi in cui sia associata l'insufficienza renale, deve essere usata con molta cautela; essa porterà invece grandi miglioramenti quando i disturbi renali sono dovuti a congestione passiva.

Quando l'insufficienza cardiaca si manifesta improvvisamente, si faranno iniezioni endovenose di strofantina (una o due al massimo nelle 24 ore) purchè non vi sia stata, nei giorni precedenti, somministrazione di grandi dosi di digitale.

Nell'insonnia, uno dei rimedi più sicuri è la morfina ($^1/_2$ cg.), o anche qualche piccola dose di ipnotici sintetici o di cloralio.

I bagni di Nauheim, con cloruro di sodio ed acido carbonico, sono indicati quando la pressione sanguigna è bassa, e scarsa la circolazione periferica, sicchè la dilatazione dei vasi periferici porti una decongestione degli organi interni; l'innalzamento di pressione si ottiene ordinariamente con i bagni freddi. Talvolta tali bagni aumentano l'escrezione renale. Però se l'individuo si trova in stato di abbattimento ovvero con pressione alta, è controindicata, ogni sorta di bagni.

Uno degli esiti più frequenti dell'arteriosclerosis è l'emorragia cerebrale. Kisch (*Mediz. Klin.*, 27 febbraio 1916), così ne riassume i sintomi ed i segni prodromici. Cuore generalmente dilatato ed ipertrofico, spesso indigestioni intestinali. L'arteriosclerosi cerebrale si manifesta con vertigini transitorie, cefalea, alterazioni del sonno, perdita di memoria, specialmente dei nomi e delle parole, disturbi leggeri del linguaggio, torpore più o meno temporaneo localizzato alle mani o ai piedi, o alle gambe: talora con iperemia di qualche parte del corpo e piccoli spasmi localizzati ai vasi di altre parti, che provocano il brivido. Vi è poi una spiccata tendenza ereditaria all'apoplessia.

FIL.

CHIRURGIA.

Affezioni ossee e articolari in rapporto con la febbre tifoide.

(I. B. MURPHY. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*).

In una statistica riguardante 18,840 casi di febbre tifoide si trovarono 164 casi di periostite e di osteite, cioè nel 0,82 % dei casi vi furono affezioni ossee metastatiche. Su 700 casi di osteomielite, soli 3=0,43 % erano dovuti al tifo; ma questa percentuale è verosimilmente inferiore al vero, perchè in molti casi l'anamnesi e l'esame batteriologico non erano stati eseguiti accuratamente. Inoltre spesso l'infezione ossea non producc suppurazioni, ma solamente dolore, tumefazione e febbre a decorso ricorrente e tutto il male ha un'evoluzione sottocutanea.

Le affezioni tifose delle ossa preferiscono il sesso maschile e l'età che va dai 20 ai 30 anni, comportandosi alquanto diversamente dalle osteo-mieliti piogeniche, il massimo numero delle quali si osserva sotto i 20 anni.

Le ossa nelle quali è più frequente sono l'omero, l'ulna, il femore e la tibia le quali sono le più esposte ai lievi traumi. Le coste, la tibia e la colonna vertebrale dànno il 70 % tra tutti i casi. Nelle ossa lunghe, al contrario di quel che avviene per le infezioni piogeniche, le diafisi sono più colpite delle metafisi.

Varietà delle osteiti tifose. — Secondo Hutinel vi sarebbero 3 forme:

1° circoscritta, con poca febbre, di breve durata e con completa guarigione. Questa forma, che è stata spesso misconosciuta, è pure abbastanza frequente. I pazienti sembrano capaci di superare spontaneamente l'infezione;

2° suppurativa, con segni generali e locali notevoli: febbre, tumefazione, pelle gonfia e arrossata. Del pus viene evacuato o spontaneamente o dopo incisione. Si hanno raramente formazioni a bottone di camicia. Questa forma è meno frequente della prima;

3° con inizio lento, tumefazione, deformità ossea, ingrossamento del periostio, neoformazione ossea sottoperiostale e frequenti escavazioni a bottone di camicia.

Klemm distingue due sole varietà:

1° Osteite tifosa, con le seguenti ulteriori differenziazioni:

a) osteite corticale con tendenza al riassorbimento spontaneo;

b) osteite corticale con tendenza alla caseificazione o all'essiccamento dei prodotti dell'infezione;

c) osteite corticale con tendenza alla liquefazione;

d) osteite centrale con tendenza alla osteomielite.

Si noti la frequenza delle localizzazioni corticali in confronto con quelle midollari, contrariamente a quanto si osserva nelle osteo-mieliti metastatiche.

2° Osteo-mielite suppurativa tifosa. Caratterizzano l'affezione la lentezza dell'inizio e la cronicità. L'iperplasia ossea e l'ipertrofia sottoperiostale dell'osso fanno contrasto con l'aspetto radiografico della tubercolosi.

La sifilide può esser confusa con la osteite tifosa; ma la reazione di Widal, quella di Wassermann e la ricerca delle spirochete fanno evitare i possibili errori.

Il reperto del bacillo del tifo può essere ottenuto, purchè venga ricercato, poichè il bacillo persiste tenacemente nelle ossa malate. Lo si è trovato anche in casi nei quali il focolaio era da lungo tempo aperto.

La persistenza dimostrata dal bacillo del tifo nelle cavità ossee drenate ricorda la sua lunga sopravvivenza nella vescica biliare, la quale è anch'essa una cavità drenata. Vi si sono trovati bacilli anche dopo decine d'anni dalla sofferta infezione primitiva.

L'inizio delle metastasi ossee si osserva talora durante l'affezione tifosa primaria, talora nelle prime settimane di convalescenza; il maggior numero delle volte però si verifica dopo settimane e mesi.

ANATOMIA PATOLOGICA DELLE OSTEITI TIFICHE.

Le localizzazioni tifose avvengono nelle diafisi delle ossa lunghe più che nelle metafisi. Lo strato midollare sottoperiostale è per lo più interessato dal processo infiammatorio; poi è colpito il midollo intracanalicolare e il midollo centrale. Gli infarti di metastasi tifoidi avvengono per arresto nei sottili rami dell'albero vascolare delle ossa, tra i quali quelli del periostio sono i più sottili.

Midollo. — Il midollo è rammollito e più o meno congesto. Invece del solito colore giallo del midollo adulto, varia dal rosso brillante al rosso cupo, similmente al colore del midollo infantile. Il grasso è alquanto diminuito.

Periostio. — Il periostio è spesso gonfio; fortemente iniettato e staccato dall'osso. Se avviene la suppurazione, sotto il periostio si raccoglie un fluido giallo o biancastro, talora tinto di rosso. Più tardi è cremoso e, se non vi è apparente necrosi dell'osso sottostante, contiene piccoli pezzetti ossei. Se, al contrario, la cavità midollare è invasa dal pus, i sequestri sono abbondanti e più grandi.

Invece della suppurazione, l'osteomielite può avere un altro esito. In questo caso lo stimolo del potere osteogenetico dello strato profondo del periostio conduce alla produzione di una iperostosi.

Tessuto osseo. — L'osso sottostante al periostio è più rosso e vascolarizzato del normale; i canali haversiani sono ben visibili come sinuosità o come punti rossastri. Questa apparenza è dovuta alla loro dilatazione; essi sono imbottiti di una sostanza rossa che non è altro che il midollo iperemico circondante i vasi dilatati.

Tédenat ha dato il nome di osteo-periostite emorragica a una speciale forma nella quale la raccolta sottoperiostale non è pus, ma sangue fluido, come l'infarto emorragico del polmone, che non ha tendenza a coagulare. Il punto caratteristico di questo fluido è la lentezza con la quale la suppurazione avviene: occorrono talora parecchi mesi.

Un'altra speciale forma è descritta da Péan. In un fanciullo comparvero delle esostosi postifiche. Il tessuto osseo era duro, ma all'interno conteneva una cavità estesa entro l'osso compatto e piena di un tessuto translucido, roseo, molto vascolare, somigliante le masse fungose di un tumor bianco. Le pareti di questa cavità erano dure e eburnee. Il periostio spesso e infiltrato. Era un tessuto di granulazione miomatoso somigliante all'edema che occasionalmente si vede nel tessuto areolare stipato intorno a un focolaio di infezione acuta.

La ragione di questa lenta tendenza alla suppurazione è che i bacilli tifici provocano un debole o nullo afflusso di leucociti, particolarmente di polinucleari (leucopenia tifica) e, per conseguenza, non si trova nel focolaio tripsina proveniente dai leucociti e la fusione infiammatoria dei tessuti non può avvenire che lentamente, come negli ascessi freddi.

Longeope ha studiato il midollo osseo nella tifoide e in altre malattie infettive acute. Ha trovato, in 26 tifosi, che il midollo presentava alterazioni simili a quelle delle ghiandole mesenteriche e dei follicoli dell'intestino e della milza; alterazioni rappresentate dalla presenza di molte cellule linfoidi, di fagociti grandi e di focolai di necrosi. Vi era una più o meno spiccata iperplasia delle cellule emopoietiche.

È possibile che tali lesioni vengano messe in

rapporto e rese responsabili della caratteristica ipoleucocitosi tifica.

In 9 necroscopie, Quincke trovò 8 volte i bacilli nel midollo delle coste e 1 volta nelle ossa delle estremità. Fraenkel esaminò il midollo delle vertebre in 10 casi e trovò in tutti i bacilli; in numero maggiore nella regione lombare. Questo reperto era dovuto alla batteriemia generale o a una localizzazione dei bacilli nel tessuto osseo della colonna vertebrale?

Questo problema non è facile a risolvere se non si trova un focolaio di distruzione ossea, riconoscibile facilmente e se i bacilli non sono assenti dal sangue.

SINTOMI DELLE OSTEITI.

Generalmente il primo sintoma è il dolore localizzato alla regione ove ha sede la necrosi o l'ascesso. Esso è stato paragonato ai dolori osteocopi della sifilide. Il dolore generalmente si calma dopo breve tempo divenendo inapprezzabile o riducendosi a una lieve molestia.

La durata del processo varia. Talora il disturbo torna subito dopo con dolore, tumefazione e segni di necrosi; in altri casi passano mesi e a un dato momento ricominciano le esacerbazioni che tuttavia non giungono mai alla necrosi.

L'assenza di febbre è quasi regolare e il corso clinico è caratterizzato da una peculiare cronicità. Quando si è formata la necrosi, i sintomi aumentano — esacerbazione dei dolori, elevazione della temperatura locale —, ma non vi sono segni generali.

L'incisione allevia i dolori, ma rimane un tramite che continua a secregare per mesi ed anni. Questo fatto è raro nelle altre infezioni ossee a meno che non esista una necrosi o la tubercolosi; è invece frequente nelle osteiti tifiche e ha grande influenza sul trattamento.

I sintomi di una osteite costale tifica sono identici a quelli delle osteiti d'altra natura con la sola differenza che la malattia non dà segni generali, come fanno la tubercolosi e le infezioni pneumococciche o piogeniche. La temperatura e il polso restano normali, benchè vi sia suppurazione.

In molti casi si è osservata leucopenia, come è abituale nella febbre tifoide.

SINTOMI RADIOLOGICI OSSEI.

Il reperto più semplice è di un ascesso, talora di tre o quattro ascessi nello stesso osso, localizzati nella sostanza corticale immediatamente sotto il periostio. Questi appaiono come cavità rotonde disegnanti ombre di intensità diversa da quella normale. Generalmente sono sottili, all'incirca del diametro di una matita.

Il periostio può essere interessato e il processo può diffondersi così che i raggi X dimostrino una estesa partecipazione corticale.

L'immagine radiologica è raramente caratteristica, benchè dimostri generalmente delle lesioni. L'area limitata della affezione può esser suggestiva per la diagnosi, se la storia dia un saldo punto d'appoggio per l'etiologia tifica.

Trattamento. — Il trattamento locale della osteite consiste nell'aprire, trapanare, raschiare, drenare, disinfettare e lavare la cavità prima con soluzioni di fenolo 5 % e poi con ipoclorito di calcio 1 $^0/_{00}$. La chiusura immediata senza drenaggio evita le infezioni secondarie che ritardano molto i processi di riparazione.

Se v'è una necrosi, tutto il sequestro deve esser rimosso facendo un'incisione ampia per accertarsi di asportare completamente il tessuto necrotico.

In ogni periostite deve esser sospettata l'esistenza di una osteite, perciò sarà bene esplorare sempre l'osso col trapano o con lo scalpello. Alcune volte, insieme con una raccolta di pus sottoperiostale, esiste un seno invisibile che conduce ad un focolaio di necrosi o di suppurazione che, se trascurato, compromette il risultato dell'operazione. Il seno osseo deve essere asportato completamente fino ad ottenere una ferita sana adatta alla riunione. Le parti molli verranno riunite con catgut iodico; la pelle con *agrafes*.

L'emostasi deve essere ben curata prima di chiudere la ferita. Un grande ematoma sotto tensione è sfavorevole alla riunione di prima intenzione. Se non è grande e non è sotto tensione, è favorevole, secondo i concetti di Schede, ai processi di riparazione.

Il drenaggio non deve essere usato che quando non si sia sicuri della sterilizzazione. Una volta che esso sia stato introdotto in una cavità ossea, la guarigione non avverrà che quando la cavità si sia colmata, ciò che richiede mesi o anni, secondo la sede e la conformazione del cavo osseo.

Nei casi nei quali v'è forte tumefazione, senza minacciante perforazione, il riposo e la posizione elevata dell'arto, insieme con un trattamento di vaccini, rappresentano il giusto indirizzo terapeutico. Il vaccino preferibile è quello autogeno preparato con la cultura dei germi ottenuti con una puntura esplorativa.

Le iniezioni di vaccino debbono esser fatte nel periostio, quanto più è possibile vicino al focolaio suppurativo. La dose iniziale è di 50 milioni di bacilli morti. Si va poi crescendo quanto più rapidamente è possibile. Se si usa-

no i vaccini autogeni (autosensibilizzati di Murphy) possono essere somministrate dosi molto maggiori.

Gli effetti sui focolai suppurativi ossei e articolari sono molto diversi da quelli che si hanno nei portatori di bacilli. Nelle affezioni ossee e articolari, il materiale vaccinico, per mezzo del sangue, viene portato direttamente nei focolai infettivi, mentre nelle infezioni tifiche della vescica biliare è portato solamente nella mucosa e non giunge in contatto con i microorganismi. Nel primo caso il bacillo vive nei tessuti, nell'ultimo si trova alla superficie della mucosa.

Nelle osteiti, periostiti e pericondriti tifiche il trattamento finora usuale consisteva nell'incidere e raschiare i focolai. I risultati erano cattivi, perchè ciò che si deve fare è un'operazione radicale che serva ad asportare tutto il tessuto malato. Nelle affezioni delle cartilagini costali, per es., si deve asportare tutta la cartilagine, anche se è parzialmente malata.

Quando le cavità ossee siano considerevoli e profonde può esser necessario abbattere i loro margini per favorire l'ingresso in esse delle parti molli che dovranno riempirle. L'uso delle paste di Moorhof o di Moore può essere, in qualche caso, consigliabile.

Nei casi nei quali non si ritiene opportuno di eseguire una chiusura primaria è bene tamponare la ferita con garza intrisa di ipoclorito di calcio 1 ‰. Il tamponamento viene rinnovato ogni 24 ore nei primi 4 giorni. Poi può venir sospeso il trattamento con ipoclorito. Questo medicamento è il migliore antisettico per le infezioni tifiche e per tutte le infezioni del gruppo dei coli-bacilli.

SPONDILITE TIFICA.

Le più frequenti localizzazioni tifiche nella colonna vertebrale si hanno nei maschi dai 15 ai 40 anni. La colonna lombare è colpita più spesso delle altre sezioni.

L'inizio è generalmente insidioso e con poca febbre. Il dolore si sviluppa a poco a poco, così che i pazienti, per un tempo più o meno lungo, sono capaci di camminare.

Nelle localizzazioni lombari o dorsolombari i sintomi consistono in un dolore lombare accompagnato da dolori in altre regioni, all'inguine, all'addome, alle natiche, agli arti inferiori. Sono i comuni dolori riflessi delle spondiliti metastatiche di ogni natura.

V'è rigidità della spina e scomparsa della normale lordosi lombare. La pressione è dolorosa sulle apofisi spinose dei corpi vertebrali malati ed è anche dolorosa la compressione dei corpi. Talora duole anche il nervo che fuoriesce dai forami intervertebrali della zona malata. Lo sciatico è colpito molto comunemente.

Quincke considerò come segno tipico dell'affezione l'edema nella regione lombare. Ma questo segno è incostante.

I disturbi sensitivi consistono in iperestesia, dolore a cintura, incontinenza e contrazioni ritmiche dei muscoli addominali. In alcuni casi esistono dolori radiati, spasmi, e alterazioni varie del riflesso patellare.

Questi fenomeni sono sintomatici di radicoliti e la loro localizzazione anatomica corrisponde alle radici spinali colpite, tra le quali le più comunemente affette sono la seconda, la terza e la quarta, ciò che è concordante con la topografia delle lesioni ossee.

Quincke crede che la causa delle radicoliti sia la compressione esercitata a livello dei forami intervertebrali dalle proliferazioni del periostio. Virchoubsky ritiene che si tratti di una diffusione dal periostio alle meningi del processo infiammatorio. I reperti radiologici sembrano confermare l'opinione di Quincke, la quale è conforme a quanto si osserva nelle spondiliti di altra natura e al fatto che i dolori aumentano nei movimenti della colonna vertebrale.

Tra i fenomeni riflessi sono stati notati qualche volta il clono del piede, l'aumento o la diminuzione del riflesso patellare, il segno di Kernig e quello di Babinski.

Tra le deformità è stata osservata più comunemente la cifosi, ciò che indica come la parte anteriore dei corpi vertebrali sia la più colpita, conformemente al fatto che essa è anche la più soggetta alla compressione nelle abituali posizioni a sedere o durante il lavoro.

Secondo Wullstein la cifosi sarebbe prodotta dal riassorbimento di osso dovuta all'azione dei germi accumulati nella parte anteriore del corpo vertebrale. Ma, poichè si è veduto spesso comparire la cifosi rapidamente e precocemente, questa opinione è sembrata poco probabile e, col conforto dei dati radiologici, è sembrato più verosimile ammettere che essa dipenda da alterazioni periostali con rammollimento dei legamenti e disorganizzazione di uno o più dischi intervertebrali.

Tra i segni radiologici sono state descritte alcune volte delle zone chiare di osteite rarefaciente dei corpi vertebrali, talora delle vere cavità simili a quelle osservate in altre ossa. Frequentemente sono state osservate anche delle lesioni dei dischi intervertebrali, i quali si sono trovati assottigliati o scomparsi del tutto, così che i corpi vertebrali venivano a

contatto. Tenendo conto di questa localizzazione e della sua frequenza, forse il nome di spondilartrite sarebbe più adatto di quello di spondilite.

Diagnosi differenziale. — Le malattie più spesso confuse con le affezioni tifiche della colonna vertebrale sono la nevrastenia, la tubercolosi vertebrale e la lombaggine. La lombaggine è di breve durata e spesso ricorrente. Nella spondilite tifica l'immobilizzazione non dà un sollievo così sollecito come nella tubercolosi, anzi talora sembra a principio aggravare i disturbi; più tardi però è di giovamento. I disturbi nervosi migliorano molto poco con l'immobilizzazione e, se si ottiene un qualche miglioramento, le recidive non tardano.

Nella spondilite tifica si possono osservare dei sintomi locali, come il rossore e la tumefazione. Si tratta di un edema e di una tumefazione del pericondrio e del periostio e di un ispessimento periostale che comprime i nervi nei forami intervertebrali e rappresenta l'elemento causale più importante dei dolori radicolari. Questo ispessimento pericondrale e periostale può essere svelato coi raggi X. Le alterazioni dei processi laterali o lateroposteriori producono un forte aumento dei dolori per compressione sulle radici.

I processi tifici interessano generalmente una o due, raramente più di quattro vertebre. Ciò produce una stretta rassomiglianza con le lesioni tubercolari, ma contrasta spiccatamente con le estese invasioni delle artriti metastatiche.

Il quadro clinico delle spondiliti deformanti è simile a quello delle spondiliti tifiche: le stesse spiccate lesioni nervose, le stesse tendenze a evoluzioni favorevoli, ma con sintomi più gravi. Nell'artrite deformante si trovano tutte le varietà, da quelle nelle quali tutta la spina è affetta a quelle nelle quali vi è solo una lesione locale e una molto modica dolorabilità. Condizioni simili si hanno nelle spondiliti tifiche, ma in genere in queste la lesione è circoscritta, mentre negli altri tipi di spondiliti metastatiche, spesso dette reumatoidi, la lesione può essere molto estesa.

Trattamento. — Il trattamento della spondilite tifica è, prima di tutto, la sua profilassi. Forti dolori al dorso nella terza o nella quarta settimana o nella convalescenza di una febbre tifoide richiedono di porre il paziente su un letto rigido e di mantenervelo in assoluto riposo, in posizione orizzontale fino a che non sia scomparso ogni dolore.

Si deve inoltre somministrare un vaccino autogeno autosensibilizzato. La cultura può essere ottenuta dal sangue, dall'urina o dalle feci. Se non si potrà ottenere un vaccino autogeno si userà un altro vaccino.

Il malato sarà protetto dai traumi e gli saranno impediti i movimenti con un adatto apparecchio.

Seguendo questo piano terapeutico, si hanno miglioramenti rapidi e raramente si formano ascessi che rendano necessaria un'operazione.

I dolori radicolari possono persistere per un lungo periodo, fino a che cioè si siano riassorbiti gli essudati pericondrali o periostei. Per calmarli si useranno l'acetalinide, l'anticamnia, l'antipirina, l'aspirina, ecc., ma si eviterà rigorosamente l'uso della morfina per timore dell'assuefazione.

V. Gibney, che per primo descrisse la malattia, consigliava le cauterizzazioni attuali e Josephowitch ha avuto buoni risultati dalle docce di aria secca.

Come risultato finale si è talora osservata una anchilosi permanente ossea. Appena essa si è costituita, si ha un rapido miglioramento dei dolori radicolari e riflessi.

ARTRITI TIFICHE.

Su 5299 casi di febbre tifoide si sono avute 14 localizzazioni articolari. I due sessi sono colpiti egualmente; il maggior numero dei casi si sono osservati sotto i 20 anni.

Il maggior numero delle volte si tratta di artriti mono-articolari localizzate, per lo più negli arti inferiori e specialmente nell'anca ove con grande frequenza si verifica una lussazione patologica.

Durante il decorso della febbre tifoide si possono osservare artriti di diversa natura; alcune sono reumatiche e poliarticolari, altre settiche, altre infine sono tifose propriamente dette, perchè nelle articolazioni affette si trovano i germi del tifo.

Le manifestazioni articolari nella febbre tifoide compaiono di rado nella prima settimana; per lo più nella seconda, nella terza e specialmente nella quarta.

L'inizio assomiglia alle comuni infezioni articolari. Nell'anca il dolore è locale e irradiato al ginocchio; in questo spesso più forte che nell'anca stessa.

L'infiammazione può rapidamente regredire e la giuntura guarire del tutto; oppure persistere e gradualmente aumentare. L'arto allora prende una posizione viziosa (flessione, adduzione e rotazione interna) che favorisce la sfuggita della testa femorale dall'acetabolo. La lussazione si osserva in genere durante la convalescenza. Avvenuta la lussazione, migliora-

no molto i dolori perchè la tensione muscolare rimane vinta. L'atteggiamento dell'arto è in flessione, adduzione e rotazione interna, però, a differenza dalle lussazioni traumatiche, la rottura della capsula è rara o non avviene mai.

LUSSAZIONE SPONTANEA DELLE ARTICOLAZIONI.

La tubercolosi è la più frequente causa di lussazioni spontanee dell'anca. Subito dopo vengono le infezioni tifiche e poi il reumatismo poliarticolare e la scarlattina.

Secondo Ardisson vi sono 3 principali teorie sulla causa delle lussazioni:

1ª accumulo di liquido nell'articolazione;

2ª proliferazione di tessuti nell'articolazione;

3ª teoria muscolare.

Ardisson ritiene che la sola idrartrosi non sia capace di lussare il femore. Essa può allontanare la testa femorale dall'acetabolo e portarla fino a livello dell'orlo cotiloideo e con ciò preparare la via alla lussazione distendendo i legamenti. Essendo la giuntura dolorosa, i muscoli pongono l'arto nella posizione più comoda che è quella di flessione. Gli estensori divengono paretici e gli antagonisti, contraendosi, senza il loro contrasto, causano anche una adduzione.

La posizione del capo femorale sul margine posteriore dell'acetabolo è una migrazione articolare in alto e in dietro con una vera dislocazione.

Verneuil credeva che il tono dei muscoli periarticolari avesse una azione importante nel produrre le lussazioni. Nel primo stadio dell'artrite i muscoli per contrazione involontaria fissano la giuntura per evitare i dolori. Questa condizione muscolare, con l'andar del tempo, si modifica. Gli estensori divengono paretici, i flessori si contraggono e finalmente sono i soli muscoli attivi. La paresi degli estensori è quasi costante. Pozzi spiega questo fatto con la legge anatomo-patologica, secondo la quale la degenerazione colpisce elettivamente i muscoli in proporzione della loro attività.

Le lussazioni tifiche avvengono generalmente nei primi giorni della convalescenza, quando il paziente è profondamente debole. In alcuni casi il momento della dislocazione non è precisato; in altri casi, piccoli sforzi come il levarsi o il voltarsi nel letto sono indicati come cause occasionali. Spesso è stato stabilito con certezza che la lussazione è stato il primo fenomeno patologico constatato nell'articolazione e di solito la lussazione è avvenuta con dolore molto lieve. La riduzione è molto facile anche dopo qualche settimana; qualche volta si son viste delle recidive.

Nel reumatismo, al contrario, la lussazione è preceduta da evidenti fenomeni infiammatorii acuti con sofferenze terribili e vizioso atteggiamento di flessione e adduzione. L'avvenimento della lussazione è seguìto da grande aumento dei dolori.

Trattamento. — Per prevenire le lussazioni si dispone di due mezzi: l'applicazione di apparecchi a tiraggio e la aspirazione dei versamenti articolari.

Se la lussazione è avvenuta e si può dimostrare l'esistenza di essudati, questi debbono essere aspirati e si debbono iniettare alcuni c. c. di soluzioni composte di formalina, creosoto e guaiacolo 1 gr. ciascuno in 100 gr. di glicerina.

La riduzione delle lussazioni non si deve fare che quando la convalescenza è ben avviata. Se la lussazione avviene in convalescenza, la riduzione può essere fatta immediatamente. In seguito l'arto sarà mantenuto in posizione di estensione e abduzione con un apparecchio da tiraggio, non con un apparecchio gessato, come si usa dopo le riduzioni di lussazioni congenite.

I reperti anatomo-patologici dei casi operati mostrano che di solito le cartilagini, tanto dell'acetabolo, come della testa femorale, sono inalterate e percò la riduzione immediata puo condurre a completa reintegrazione della funzione articolare.

In altri casi si è trovata una divisione della testa femorale dalla linea epifisaria. In tali casi occorre asportare la testa femorale necrotica, il collo femorale deve essere reinserito sull'acetabolo e poi l'arto va fissato in abduzione.

INFEZIONI SPERIMENTALI DELLE ARTICOLAZIONI.

Orloff trovò che l'iniezione di bacilli del tifo in articolazioni di conigli provoca un'essudazione sierosa, sieroso-purulenta e qualche volta anche purulenta. I bacilli rimangono dimostrabili per alcuni giorni, poi generalmente scompaiono. Se si iniettano bacilli morti, si ottengono gli stessi risultati con una intensità alquanto minore.

Queste osservazioni sperimentali forniscono la prova che le artriti spontanee nel decorso della febbre tifoide possono essere dovute ai bacilli tifici, senza il concorso di infezioni miste.

Arcoles e Colzi iniettarono bacilli tifici nelle vene dei conigli e poi produssero traumi in alcune articolazioni. Le articolazioni traumatiz-

zate si infiammarono e negli essudati si poterono dimostrare dei bacilli. Questi fatti provano l'importanza dei traumi, ai quali già la osservazione clinica aveva fatto volgere l'attenzione.

Secondo Florange l'artrite tifica è una reazione di vicinanza determinata da un focolaio flogistico epifisario. L'essudato articolare infatti è sterile qualche volta. È però da osservare che la sterilità dell'essudato può condurre a interpretazioni erronee, poichè può esistere una vera artrite con bacilli esclusivamente localizzati nella sinoviale.

Altre artriti sperimentali furono ottenute da Ellis iniettando bacilli nelle articolazioni di conigli.

In conclusione gli sperimenti dimostrano che il bacillo tifico è capace di danneggiare seriamente i varii elementi che costituiscono la giuntura: la sinoviale, i legamenti, le cartilagini, i capi ossei, le capsule e i tessuti circostanti.

Trattamento delle artriti. — Se è colpito il ginocchio, si ha una precoce sublussazione posteriore della testa della tibia dovuta alla contrazione dei muscoli posteriori della coscia. L'artrite tibio-tarsica produce precocemente una contrattura in equinismo. Queste contratture, spesso seguìte da sublussazioni o lussazioni totali, sono molto dannose alla futura utilizzazione degli arti. Perciò la profilassi degli atteggiamenti viziosi e delle lussazioni è di grande importanza.

Le alterazioni articolari tifiche, come quelle da altro agente etiologico, sono dovute principalmente:

a) alla pressione degli essudati che affretta la distruzione e il riassorbimento dei tessuti;

b) alle contratture muscolari che favoriscono la distruzione e l'assorbimento delle cartilagini e dei capi ossei;

c) all'azione biotossica dei microrganismi.

Tutti questi fattori debbono venir combattuti.

Se è colpita l'anca, gli arti inferiori debbono essere posti in abduzione ambedue, poichè è solo in tal modo che si riesce con sicurezza a mantenere l'arto malato nella posizione voluta. L'aspirazione degli essudati impedisce i cattivi effetti della tensione articolare. Infine si praticheranno dei lavaggi articolari con ipoclorito di calcio 1-2 ‰.

Nell'articolazione del ginocchio è da evitare l'iperestensione prodotta dai tiraggi; un leggero grado di flessione non è dannoso. Sono consigliabili dei frequenti mutamenti di posizione. Se il paziente ha superato i sintomi acuti della febbre tifoide e se è in convalescenza la terapia vaccinica è opportuna.

Nelle artriti dell'anca e del ginocchio gli apparecchi gessati non sono adatti, perchè favoriscono le anchilosi. Nel piede invece la flessione dorsale può essere mantenuta col gesso. Se si verificano delle anchilosi, l'artroplastica non deve essere eseguita prima che sia passato un anno.

L'artrotomia e il lavaggio delle articolazioni con ipoclorito di calcio o con fenolo, seguìta da sutura non raramente è bastata a guarire le artriti tifiche, allo stesso modo come è stata efficace nelle artriti streptococciche da scarlattina. È perciò da considerare attentamente se un intervento precoce non possa essere eseguito per evitare i pericoli e i danni di una malattia spesso lunga. La chiusura completa dell'articolazione, dopo l'intervento, è sembrata pericolosa. Però bisogna riflettere che, se l'infezione è tanto virulenta da infettare, durante l'operazione, i tessuti periarticolari, si può esser certi che, abbandonata a se stessa, finirà col distruggere l'articolazione e invadere i tessuti circostanti.

Perciò è da ritenere che la disinfezione dell'articolazione malata, ottenuta con l'artrotomia seguìta da sutura completa, sia effettivamente molto meno pericolosa di quanto potrebbe sembrare.

G. EGIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 14 dicembre 1917.

Sulla terapia degli accorciamenti gravi ed inveterati del femore - L'osteotono.

PUTTI. — Il solo mezzo terapeutico che ha una reale efficacia per vincere gli accorciamenti gravi ed inveterati delle ossa degli arti, è quello della trazione applicata direttamente allo scheletro secondo Codivilla. Gli inconvenienti che questo metodo presenta, derivano dal fatto che la controtrazione viene esercitata sulle parti molli. A parte le compressioni ed i decubiti che, con opportuna tecnica, è possibile evitare, l'appoggio sulle parti molli induce a notevole perdita della forza traente e porta di necessità l'immobilizzazione dell'arto in apparecchio gessato.

Ad ovviare questi inconvenienti ed allo scopo di realizzare un mezzo di trazione generalizzabile alla cura del grande numero di accorciamenti dello scheletro degli arti che conseguono ai traumi di guerra, l'A. ha ideato un apparecchio che chiama osteotono (da ὄστεον = osso τείνω = allungare) e che è basato sul principio di esercitare contemporaneamente trazione e controtrazione sullo stesso segmento di scheletro che si vuole allungare. L'apparecchio, che agisce per mezzo di due grosse viti impiantate

rispettivamente nella regione sottotrocanterica della diafisi femorale e nella massa condiloidea ed in cui l'azione di trazione continua è affidata ad una molla che tollera un carico sino a 70 Kg., porta una vite di pressione che permette di aumentare progressivamente lo sforzo, ed una doppia graduazione che rende possibile constatare ad ogni momento la forza impiegata e l'allungamento ottenuto.

In un caso di frattura di femore da trauma di guerra, datante da 16 mesi, con accorciamento di 5 cm., l'A. ha ottenuto, usando l'osteotomo, un allungamento integrale.

Artroplastica di anchilosi conseguenti a ferite di guerra.

PUTTI. — Ristretti i limiti dell'indicazione all'intervento operatorio nelle anchilosi da ferite di guerra a quei soli casi in cui per il tempo decorso si è relativamente al coperto del pericolo della rivivescenza bacterica, dimostra i risultati ottenuti in due casi:

1° Tenente di fanteria. Anchilosi in semiflessione del ginocchio sinistro per ferita articolare da scheggia di granata riportata 22 mesi prima. Artroplastica con interposizione di lembo libero di fascia lata. Risultato a 6 mesi dall'intervento. Mobilità di 90°. Articolazione indolente, valida, stabile. Funzione del quadricipite ottima. Deambulazione assolutamente normale.

2° Sergente maggiore di fanteria. Anchilosi ossea del gomito sinistro dovuta a grave ferita articolare riportata otto mesi prima. Artroplastica con interposizione di lembo libero di fascia lata. Risultato a sei mesi dall'intervento: flessione completa, estensione sino a 160° (100° di movimento), articolazione indolente, valida, stabile.

Dott. G. M. PICCININI.

Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara.

Adunanza del 6 dicembre 1917.

Paralisi isolata del muscolo bicipite brachiale da ferita.

BOSCHI E BONAZZI. — Sindrome da compressione: ineccitabilità faradica, inversione di formula galvanica, reazione longitudinale (alla superficie anteriore dell'avambraccio), stazionari; nessun disturbo della sensibilità, conservazione di qualche poco di mobilità volontaria. Quest'ultimo fatto non ha permesso agli AA. di rilevare in un modo esatto un lato dottrinario per cui il caso sarebbe stato anche più interessante che per il suo valore casistico: e cioè la determinazione, per esclusione, del contributo di forza muscolare dato dal bicipite nella flessione dell'avambraccio, cui come è noto partecipano i tre muscoli: bicipite, brachiale anteriore e lungo supinatore.

I sieri del latte peptone fermentato con bacilli lattici selezionati nella terapia dell'enterite comune.

PADOVANI. — Il dott. Padovani, capitano medico direttore di un ospedale da campo in zona di guerra, manda su questo soggetto una nota preventiva. Avendo egli avuto occasione di sperimentare detti preparati speciali, forniti dalla direzione della Sanità Militare, in molti casi di enterite desquamativa o semplice, se ne dimostra favorevolissimo e considera questo metodo come l'optimum della fermento-terapia.

L'incubazione neuro-psichica in rapporto al problema medico-legale.

GHILLINI. — Non sempre la forma neuropsichica insorge immediatamente dopo il trauma psichico che è da ritenersi l'agente determinante: spesso, anzi, tra l'insorgenza della malattia e il trauma causale intercorre un periodo di latenza sintomatologica: *incubazione neuropsichica*. La fenomenologia morbosa insorge o in vista di un *prossimo ritorno alla guerra* ed è allora legata ad *anafilassi neuropsichica* od a *motivi d'ordine psicologico*. Ma può insorgere anche indipendentemente dalla prospettiva di nuovo pericolo bellico, ed in tal caso il ritardo della insorgenza può dipendere da fattori diversi, quali la cessazione tardiva di quello stato di eretismo che l'istinto di conservazione suscitava quando il soldato era sul campo; la ruminazione dei pericoli corsi, dei danni patiti, dei disagi sofferti, conciliata dalla vita di riposo a domicilio; la vita ordinaria in pratica anzichè un vero riposo può costituire essa stessa un agente ultimo determinante la nevrosi in un individuo reso particolarmente suscettibile dagli strapazzi pregressi. Questa nozione della incubazione della psiconevrosi devesi aver presente nel prendere i provvedimenti medico-legali.

Due casi di psiconeurosi traumatica guariti mediante la psico-elettro-terapia e l'ipnotismo.

L'O. comunica due casi di psiconeurosi traumatica guariti mediante una breve seduta ipnotica fatta seguire alla seduta psico-terapica e ad applicazioni elettriche faradico-galvaniche che servirono alla preparazione del soggetto. Mette in evidenza l'importanza dei casi, non solo per la rapida guarigione ottenuta (ciascuna seduta non superò la durata complessiva di un'ora) mentre già i soggetti erano stati sottoposti a numerosi esperimenti e cure in altri ospedali, ma per il rilievo che assumono nei riguardi delle idee antiche e recenti sull'isterismo. Nel primo caso, infatti, di afonia isterica, è l'idea *« dell'isolamento prolungato »* energicamente indotta che agisce e lo fa parlare con voce normale al risveglio. Nel secondo caso di narcolessia e sdoppiamento della personalità, è il ricordo di un fratello morto in guerra, a caso richiamato dal medico, che agisce durante il sonno ipnotico e produce il ritorno della personalità primitiva dopo quasi tre anni di completa assenza, sì che l'infermo dopo il risveglio non conosce nessuno di quelli che lo circondano pure avendo parlato con essi nei brevi momenti di apparente coscienza.

L'O. nel secondo caso fa notare l'importanza del fatto che a S. Casciano, presso la tomba del fratello morto, si era iniziata la forma morbosa narcolettica.

Fa rilevare l'analogia in ciò colle idee del FREUND circa la demenza precoce.

Dott. GIOVANNI PISTOCCHI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Nuovo gas di guerra lagrimogeno ed irritante.

Abbiamo già dato notizia sui nuovi gas, usati dai tedeschi sulla nostra fronte, senza entrare in maggiori particolari per timore della censura. Togliamo ora da un recente lavoro di Mandel e Gibson (*Journ. of Ann. med. Assoc.*, 8 dicembre 1917) alcuni accenni che possono interessare. Un gas al quale si dà il nome di *Yprite* (per essere stato adoperato per la prima volta nel settore di Ypres il 19 luglio 1917) o di *mustard gas* (perchè ha un odore che richiama quello della senape) viene sviluppato da un liquido (solfuro di dicloretile) che si trova nelle granate. Poichè tale gas ha odore poco penetrante, accade che i soldati tralascino di mettere maschere ed occhiali, con le conseguenze che descriviamo.

Dopo un certo periodo che varia da 4 a 16 ore, l'individuo viene affetto da dolori epigastrici, vomiti violenti, grave congiuntivite con fotofobia, laringite e bronchite, di natura irritativa, con tosse ad accessi.

Le parti scoperte e spesso i genitali, le spalle, presentano delle ustioni, che possono essere di primo e secondo grado con formazione di vescicole più o meno grandi.

L'esame dell'ammalato rivela la presenza di bronchite, generalmente apiretica, talvolta un ingrandimento verso destra dell'area cardiaca con accentuazione del secondo tono sulla polmonare. Leggera diminuzione della pressione sistolica e diastolica; leggera eosinofilia quando le scottature sono estese.

Il decorso varia secondo la gravità, che dipende a sua volta dal tempo di esposizione ai gas. Nei casi leggieri la convalescenza è rapida, nei gravi si può avere morte per edema polmonare.

La complicazione più frequente è la bronco-pneumonite con febbre alta, dispnea, tosse, cianosi: la terminazione avviene per lisi: talvolta si ha invece morte per edema polmonare in pochi giorni. Poco o punto compromesso è il miocardio: si ha talora albuminuria, assai rara è invece la nefrite.

Per quanto riguarda la prevenzione, occorre tener presente che tale gas viene decomposto dall'umidità, e quindi si daranno agli individui che vi sono stati esposti dei nuovi abiti asciutti, facendoli alloggiare in luoghi asciutti; si eviterà altresì di camminare senza le relative protezioni sul terreno cosparso del liquido.

Come cura si deve tentare il salasso nel caso di edema polmonare minacciante: per la tosse gli oppiacei (codeina, eroina); le inalazioni di ossigeno hanno valore problematico. Agli occhi si faranno irrigazioni di acido borico; internamente si daranno degli alcalini; per le bruciature si userà una soluzione al 10% di bicarbonato di sodio. I. P.

Sintomatologia e terapia delle forme morbose da azione dei gas asfissianti.

L'azione dei gas asfissianti (C. Schnetz, *Deutsche med. Woch.*, n. 46, 1916), si esplica in modi diversi. Dapprima si ha l'azione irritante sulle vie aeree, che si manifesta con forte, minaccioso aumento dei riflessi di difesa: tosse convulsiva, chiusura spastica della glottide, con contrazione dei muscoli espiratori, fino all'arresto del respiro. In seguito si sviluppano le alterazioni sulle mucose delle vie aeree e sul tessuto polmonare, le quali possono farsi pericolose per la loro diffusione alle più piccole diramazioni bronchiali. La tumefazione della mucosa e la secrezione di liquido difatti possono occludere il lume e rendere difficile, od anche impossibile, l'entrata dell'aria negli alveoli polmonari. Si ha allora forte dolore toracico, dispnea con rientramenti inspiratori, cianosi, modificazioni del murmure vescicolare, rantoli a piccole bolle e ronchi, e l'escreato abbondante, sanguigno, schiumoso, caratteristico dell'edema polmonare. Spesso si ha anche forte debolezza generale, debolezza del miocardio e della tunica muscolare dei vasi sanguigni, sonnolenza, torpore intellettuale fino alla incoscienza, in parte per azione diretta dei gas, in parte per l'auto-intossicazione organica, da perturbata respirazione interna. Nelle forme gravi di avvelenamento si sono anche manifestate affezioni infiammatorie, febbrili, degli organi respiratori, probabilmente dovute ad infezioni secondarie, insorte su tessuti primitivamente alterati dai gas.

L'A. ebbe occasione di esaminare e curare alcuni malati, alcuni con sintomi relativamente leggeri (torpore, vertigine, cefalea, tosse stizzosa), altri gravi, con il quadro di una asfissia alquanto spiccata (cianosi, rantolo forte ed udibile a distanza al torace ed alla trachea, respirazione frequente e superficiale, apnea, polso buono, ma duro e frequente).

Questi malati furono, sin dal principio, curati con modiche dosi di digitalisato Bürger per via gastrica od anche, e per lo più, per la via delle vene, con buoni, progressivi risultati.

Lo stimolo della tosse si calmò con polvere del Dower e si ebbero anche di mira i disturbi digestivi e le condizioni dell'intestino (inappetenza, senso di ambascia epigastrica, diarrea).

Degno di nota è che in alcuni, che in principio non presentavano quasi nessun disturbo, la tosse si manifestò dopo 3-4-8 giorni, accompagnata da tardive alterazioni obiettive degli organi respiratori, e lieve temperatura febbrile.

Esisteva una grande varietà di sintomi: la frequenza del polso in un gran numero era aumentata, in altri diminuita, fino anche a 30 pulsazioni al m'; a carico dell'apparato respiratorio si avevano rantoli finissimi, crepitanti, e rantoli a grosse bolle, e ronchi, e sibili.

Nelle urine si dimostrò sempre, o quasi sempre, la presenza di una notevole quantità di indacano: in alcuni traccie di albumina; non mai lo zucchero. In alcuni casi si osservarono inoltre congiuntiviti, guarite spontaneamente, ed anche manifestazioni irritative degli orecchi. La guarigione fu rapida ed una gran parte dei militari dopo 2-3 settimane di cura tornarono al fronte senza disturbi, o con sintomi lievissimi.

In altra occasione l'A. vide malati con manifestazioni ben più gravi. Una gran parte erano completamente incoscienti: taluni non riacquistarono la coscienza che dopo 12-24 e più ore, altri in questo stato giunsero alla morte.

Tutti erano fortemente cianotici; la respirazione era breve, frequente e superficiale; il volto era atteggiato a senso di angoscia.

In una gran parte esisteva diminuzione di suono, per lo più limitata ad ambedue i lobi polmonari superiori; in pochi congiunta con un simile disturbo nel lobo inferiore; si notavano altresì ronchi diffusi, sibili, rantoli a piccole e grosse bolle. Con gli sforzi della tosse era espulso muco chiaro, lievemente colorito in rosa, schiumoso, non di rado con fiestriature ematiche. Alcuni espellevano abbondanti quantità di muco giallo: nella maggior parte dei casi però la tosse era del tutto inane. Caratteristico in tutti gli infermi era un odore pungente di cloro nell'aria espirata. In alcuni il polso era duro e pieno, della frequenza di 50-60 pulsazioni al m'; in altri esisteva una notevole debolezza cardiaca. La temperatura per lo più era lievemente febbrile; nei casi molto gravi raggiunse anche 40°,4. In alcuni infermi si ebbe una irritazione psichica, congiunta con stato di incoscienza, accessi di grida, agitazione. Di questi malati uno morì, altri tre presentarono un notevole miglioramento, seguito da guarigione completa. In rari casi si ebbe stranguria transitoria; frequente fu invece la diarrea dal 1° al 6° giorno di malattia. Anche in questi pazienti talora si ebbe albuminuria; non mai glicosuria. In qualche caso si ebbe congiuntivite ed affezioni auricolari, con origine specialmente dalla tromba di Eustachio; entrambe guarite senza una speciale terapia.

Per quanto si riferisce alla cura di questi infermi, si provvide innanzi tutto ad avere aria fresca e mossa, appendendo al soffitto delle coperte, che erano continuamente tenute in agitazione a mezzo di una corda. La respirazione cutanea fu stimolata, lasciando i malati nudi e sottoponendoli a lavacri. Nei casi nei quali era necessario fu fatto largo uso di olio canforato, fino a 3-4 cmc. ogni ora. Largo uso ebbero anche le inalazioni di ossigeno.

Per combattere la cianosi, la difficoltà del respiro, causata dalla stasi venosa polmonare, furono fatti abbondanti salassi, fino a 250 cmc., e, per disintossicare contemporaneamente il sangue dai gas assorbiti, fu praticata insieme una ipodermoclisi. Malgrado però questa terapia, alcuni casi gravi ebbero esito letale.

Nei pazienti così trattati per lo più si constatava una elevazione termica fino a 40°, seguita rapidamente da un miglioramento notevole dello stato subiettivo: il respiro si faceva profondo e calmo, il volto si rischiarava, scompariva la intensa cianosi. In alcuni dopo alcune ore, in altri solo il giorno seguente, scendeva la temperatura alla norma e subentrava senso di benessere. In altri casi infine si aveva il quadro tipico della polmonite lobare, che poteva essere efficacemente curata con iniezioni endovenose di ittiolo, associate al salasso.

Notevole era il fatto che anche in malati leggeri, dopo 4-5 giorni, si avevano ancora elevazioni termiche, dipendenti da polmoniti circoscritte; in un caso si osservò una vera e propria polmonite abortiva.

Sembra quindi all'A. che il salasso e le ipodermoclisi di soluzione fisiologica esercitino una influenza favorevole in casi particolarmente gravi di intossicazione da gas asfissianti; prima deve essere però fatto il salasso abbondante, poi l'ipodermoclisi, non rinunciando agli altri eccitanti, all'alcool, all'aria fresca, alle inalazioni di ossigeno, ai lavacri freddi, all'olio canforato ed ai preparati della digitale.

Ciuffini.

Trattamento dei geloni.

Il dott. J. Camescasse (*Le Bull. Médical*, 26 genn. 1918) consiglia il seguente mezzo per guarire, *hic et nunc*, i geloni. Pennellare le superfici malate, ulcerate o semplicemente arrossate

e gonfie, due volte al giorno con la seguente preparazione:

Acido picrico centigr. 0.25;
Alcool } ana gm. 10
Glicerina
M. S.: u. e.

Lasciar seccare all'aria; asciugare — senza lavare — solo dopo dieci minuti.

La quantità indicata è sufficiente per spennellare una dozzina di mani o di piedi; essa rappresenta il *maximum* da prescrivere in pratica, poichè non si deve dimenticare che i tre prodotti sono cari e sopratutto rarefatti dalla guerra.

Fin dalla seconda spennellatura il processo reattivo cede: il prurito scompare, e con esso dileguano il dolore, il rossore, il gonfiore.

Quando esistono ulcerazioni, persistono; bisognerà trattarle in secondo tempo con una pomata (alla lanolina, affinchè si possa procedere poi al lavaggio con sapone), ovvero con una pasta all'ossido di zinco, ecc.

La preparazione all'acido picrico assicura lo imbalsamamento superficiale dei geloni, delle escare, ecc., e calma la dermite circostante.

R. B.

IGIENE.

La diffusione della risicoltura sotto i riguardi igienici.

Sul problema della coltura risicola, di massima importanza specialmente nei momenti attuali, in cui si impone la necessità di aumentare la produzione granaria, il dott. L. Verney (*Annali d'Igiene*, 1917, fasc. XI) publica un lavoro ampiamente documentato.

Alla coltura del riso, che ha i pregi di essere molto produttiva e di consentire lo sfruttamento di terre poco fertili, sono state opposte molte restrizioni da parte degli igienisti, che l'hanno decisamente avversata, sicchè essa è venuta man mano restringendosi.

Ora, non v'ha dubbio che le risaie sono malarigene, specialmente per il fatto che costituiscono in generale veri vivai di anofeli e perchè la laboriosa coltura rende necessario l'addensamento del materiale uomo.

Se non che, cedendo ad un malinteso zelo filantropico, gli igienisti avevano esagerato gli effetti perniciosi delle risaie e la necessità di limitarne e di frenarne la coltura.

Si è dovuto però riconoscere che esse sono meno malsane di quanto si temesse; che alle volte, anzi, comportano condizioni sanitarie ottime, e possono perfino redimere lo stato sanitario di vaste regioni.

In Italia non mancano esempi di risanamento igienico in campagne nelle quali si rendeva sempre più ricca la produzione del riso. Trattasi delle regioni più temperate della nostra penisola. Importerebbe di accertare se in climi più caldi, paragonabili a quelli dell'Italia centrale e meridionale, la coltura del riso possa invece essere sorgente di grave insalubrità.

Secondo Celli, p. e., la risicoltura dovrebbe vietarsi assolutamente oltre l'isoterma + 15°, cioè in tutta l'Italia centrale e meridionale.

È ben difficile però fare un raffronto con i paesi caldi, sia perchè si tratta di regioni lontane e poco conosciute, sia per le diverse varietà coltivate e le differenti modalità di coltura.

Ad ogni modo, da alcune osservazioni precise in zone ben determinate, risulta evidente che, malgrado la presenza di risaie, la malaria può esser mite in regioni tropicali e subtropicali.

Diversi sono i fattori di questa relativa salubrità. Anzitutto interviene il *benessere economico*: in conseguenza di tale coltura, molto produttiva, si accresce la prosperità delle popolazioni, in cui la ricchezza, anzichè accentrarsi, si ripartisce. Ne migliorano le condizioni generali di vita e se ne ha indirettamente anche un progresso igienico.

Spesso anche le *condizioni idrauliche* vengono migliorate, in quanto che per la coltura del riso si ottiene la colmata di terreni depressi e si riducono le condizioni di paludismo. Da tale coltura ritraggono notevole beneficio i terreni bassi, paludosi, che vengono così drenati e sottoposti a miglior circolazione di acque.

Infine la coltura intensiva di per sè tende ad esplicare un'azione bonificatrice.

Del resto le risaie possono rendersi innocue, sia con miglioramenti nella tecnica agraria (l'A. richiama l'attenzione sul trapianto) e di quella idraulica, sia con la profilassi diretta.

È probabile che l'impianto di nuove risaie sia seguito da forte recrudescenza della malattia, specialmente per i necessarî rivolgimenti del terreno. Trattasi però di un'azione temporanea, a cui si può ovviare con una saggia profilassi; si determina poi, in secondo tempo, un mitigamento duraturo.

È quindi opportuno che questa coltura sia oggetto di sempre maggiori cure, e d'incoraggiamenti nel suo miglioramento tecnico e nella sua intensificazione, facilitandone l'introduzione sopratutto nei terreni acquitrinosi, per i quali può rappresentare un mezzo di redenzione agraria, economica ed igienica.

Le improvvide restrizioni portate dalla nostra legislazione dovrebbero cedere il posto a misure atte a promuovere una coltura tanto utile.

È dunque un altro pregiudizio che cade, davanti alle stringenti argomentazioni dei fatti; sono altre vie che si aprono all'attività della nostra gente. La vittoria, anche se contrastata, non potrà mancare a questa tesi, coraggiosamente sostenuta dal dott. Verney contro l'opinione dei molti che riducono a rigide formole dogmatiche l'igiene, la quale invece palpita e vive della stessa vita che ci anima. I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(920) *Disinfezione dei pozzi.* — Al dottor D. G. da P.:

Bisognerebbe fare un sopraluogo per stabilire, in ogni singolo caso, i fattori della corruzione dell'acqua dei pozzi.

Se è inquinata la falda d'acqua che li alimenta, nessun pratico procedimento potrebbe essere attuato, a meno di ricorrere a qualcuno dei tanti metodi di sterilizzazione chimica sull'acqua estratta dal pozzo, raccolta in opportuni recipienti e distribuita ai consumatori dopo il trattamento. Ipocloriti, composti bromici, permanganato potassico, periodolo, sono consigliabili allo scopo, senza spesa eccessiva, ma l'organizzazione e il funzionamento di queste disinfezioni potrebbero urtare contro gravi inconvenienti di natura pratica che li renderebbero inattuabili.

Se invece si può stabilire che l'inquinamento dell'acqua di pozzo proviene da infiltrazioni, o dall'esterno per la poca cura di chi va ad attingere, si potrebbe in qualche modo provvedere. Si sono ottenuti brillanti risultati nel risanamento dei pozzi proteggendoli tutt'attorno con una zona impermeabile, per esempio di cemento, fatta a declivio, in modo che acque piovane e materiali di rifiuto eventualmente cosparsi intorno al pozzo, siano costretti a scaricarsi non nella immediata vicinanza del pozzo, e sostituendo secchie fisse alle molteplici che agganciano i frequentatori del pozzo. L'applicazione di una pompa sarebbe assai giovevole, ma con un'acqua profonda 30 metri, si richiederebbe un dispositivo che non può essere compreso nella condizione del poco costo, richiesta dal collega. G. SAMPIETRO.

(921) *Sulla terapia delle congelazioni di I e II grado.* — Al dott. A. M. da S.:

Congelazioni di I grado. — Fasciatura con ovatta, riposo con il piede in posizione alquanto elevata; bagni caldi, unzione con pomata al catrame, ittiolo, ecc.

Congelazioni di II grado. — Bagni locali a vapore o ad aria calda; iniezioni di ipertensivi (adrenalina, tiroidina, ecc.). Sì nell'una che nell'altra forma giovano le preparazioni a base di paraffina, sul tipo dell'ambrina. Casali-Pullé consigliano l'uso della loro pomata (Polvere senapa e catechù ana gr. 2; Olio di mandorle g. 60; Vasellina g. 1000) con aggiunta di elcojodo, olio di lauro, ecc. Più importante della cura è sempre la profilassi. *ini.*

(922) Al dott. G. M., abb. 8119:

Gli *Annali di medicina navale e coloniale* si pubblicano a Roma, presso il Ministero della Marina; prezzo L. 12 annue. INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BIZARD LÉON. *Les maladies vénériennes.* Un vol. in-16° di 92 pag. (A. Maloine et Fils, éd. Parigi).

In queste conferenze tenute ai giovani soldati, l'A. espone in forma chiara e piana le linee essenziali del problema venereo, le insidie, tese dovunque, i pregiudizî, i modi di preservazione. Descrive poi brevemente i principali sintomi della blenorragia, dell'ulcera semplice, della sifilide, con accenni ai metodi di cura.

Nell'attuale dilagare delle malattie veneree, queste opere di volgarizzazione sono di grande importanza, se non forse per instillare i sentimenti di purezza e di castità, rispetto ai quali rimaniamo scettici sull'efficacia delle prediche, almeno per convincere gli individui della necessità di una cura sistematica e perseverante.

Interessante nei riguardi della profilassi è la percentuale delle prostitute infette a Parigi: nelle case di tolleranza 1 su 100: prostitute inscritte, ma che non osservano i regolamenti nè si presentano regolarmente alla visita 1 su 20: prostitute clandestine 1 su 4. *ini.*

Prof. F. LEGUE. *Cliniques de Necker.* Un vol. in-8° di 376 pag. con 68 fig. in nero e colori. A. Maloine et Fils, éd., Parigi. Prezzo L. 15.

L'A. ha raccolto in questo volume le lezioni cliniche da lui tenute all'Ospedale Necker (a Parigi), che riguardano la chirurgia delle vie urinarie. Vari ed importanti sono gli argomenti trattati, che offrono all'A. l'occasione di svolgere delle considerazioni generali su di essi; così, p. es., da nozioni che hanno apparentemente un puro interesse teorico, come le terminalità delle arterie renali, se ne deducono delle conseguenze pratiche notevolissime, sulla ricerca di arterie anormali, sulla nefrotomia.

Presentano più ampio e complesso svolgimento gli studi sulla tubercolosi e nefrectomia e quelli sull'adenoma prostatico. Gli ultimi capitoli sono dedicati all'urologia di guerra.

INDEX.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7125) *Sussidi alle famiglie dei richiamati.* — Dott. Sabina. — La circolare del Ministero della Guerra del 20 marzo 1915, n. 351, dichiara che se qualche membro della famiglia del militare sia inabile al lavoro, è chiamato a far parte della Commissione relativa ai sussidi, con diritto al voto, anche il *medico condotto municipale*. L'ufficiale sanitario non entra a far mai parte di detta Commissione, tranne che tal carica non sia eventualmente cumulata nel medico condotto.

(7127) *Pensione - Riscatto di anni di servizio prestati nella carica di ufficiale sanitario.* — Dott. T. F. da C. — Se ha aderito alla Cassa di Previdenza prima della promulgazione della legge del 2 dicembre 1909, n. 744, ha diritto al riconoscimento dei servizi prestati anteriormente al 1° gennaio 1899 per un periodo non inferiore ai 15 anni. Perchè fossimo in grado di darle esauriente risposta, occorre che ella si compiacesse ripetere il quesito aggiungendovi tale indispensabile notizia di fatto.

(7128) *Medico avvicendato - Sostituzione temporanea di un collega infermo.* — Dott. P. A. da P. — Poichè il capitolato vigente dava diritto al titolare di riscuotere speciale compenso da parte del comune qualora avesse sostituito colleghi infermi, riteniamo che, nelle identiche condizioni, tale compenso competa anche al medico avvicendato che lo sostituisce. Si può al caso applicare per analogia la disposizione contenuta nello articolo 3° della Circolare del Ministero della Guerra e dello Interno del 10 settembre 1917, n. 20400-722, che riguardo il servizio a scavalco che il titolare stesso eseguiva in altri comuni finitimi.

(7130) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. T. da C. S. A. — Poichè il suo stipendio ammonta complessivamente all'annua somma di lire 3690 ha diritto alla indennità caro-viveri. La causa degli infortunati appartenenti alla sua condotta compete a lei senza compenso purchè sieno compresi nello elenco dei poveri. Qualora su detto elenco non figurino, debbono pagare *de proprio* la relativa prestazione.

(7131) *Caro-viveri.* — Dott. P. G. da C. — Se il posto che ella occupa è compreso nella pianta organica debitamente, a suo tempo, approvata, ha diritto alla indennità caro-viveri in ragione di lire 24 mensili. L'aricolo 1° del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, tassativamente prescrive che la indennità compete non solo al personale stabilmente assunto in servizio ma anche a coloro che temporaneamente occupano il posto del titolare assente.

(7133) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. A. da M. — Non ostante sia medico condotto interino, se occupa posto compreso nella pianta organica debitamente approvata il cui titolare sia assente, ha diritto alla indennità caro-viveri. Tale diritto le compete in virtù del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7134) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. G. F. da R. — Essendo ella della classe 1873 e già esonerato perchè dichiarato insostituibile ed indispensabile, può essere confermata nel suo esonero, non sembrando possibile, per le ragioni da lei esposte, l'avvicendamento. Ella si verrebbe a trovare nella ipotesi prevista dallo articolo 1° lettera *C* del D. L. del 9 dicembre ultimo, n. 1985. La nuova dispensa è concessa dal Ministero della Guerra previo parere motivato della Commissione istituita in ogni Provincia e composta del Prefetto Presidente, del medico provinciale, del Presidente del Consiglio dell'ordine e del Comandante del Distretto militare.

(7136) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da V. — Se copre nel Comune un posto previsto nella pianta organica e privo di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri, tuttochè interino. Per conoscere ciò cui ha diritto nella sua qualità di profugo specie nei rapporti dei Comuni da cui precedentemente prestava servizio e le indennità relative, deve rivolgersi all'*Alto Commissariato pei profughi Friulani* con sede in Roma.

(7137) *Pensioni di riversibilità.* — Dott. C. D. P. da P. S. — Alla vedova del sanitario di cui è cenno nel quesito, compete, in concorso con la prole minorenne, l'annua pensione di lire 992, la metà di quella che sarebbe spettata al marito.

(7138) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. D. A. da C. — L'articolo 1° del D. L. 26 luglio 1917, n. 1181, tassativamente prescrive che il sanitario che presta servizio presso diversi enti locali ha diritto ad una sola indennità caro-viveri, da dividersi a carico di ciascuno di essi in proporzione dello stipendio che oguno corrisponde. Esso non fa distinzione fra il caso che vi sia contratto o non vi sia, nè dispone che detta indennità non sia dovuta quando il cumulo dei due o più stipendi superi il limite di lire 4500. A lei, quindi, compete la indennità, ma essa deve essere divisa, nel modo suddetto fra i due comuni. Sarà addossata intera su di uno di essi quando l'altro, col quale, come ella dice non ha contratto di sorta, non avrà ulteriormente bisogno dell'opera sua.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

LIBERE DOCENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Peruzzi Mario in anatomia patologica a Firenze; Santoro Giuseppe in clinica ostetrica e ginecologica a Napoli; Sbordone Antonio e Vagliasindi Giuseppe in clinica oculistica a Roma; Valentini Luigi in fisiologia a Palermo.

Il dott. Balli Giuseppe è autorizzato a trasferire la libera docenza in elettroterapia e radiologia da Firenze a Modena.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Veneroni Carlo, da Pavia, tenente medico reggimento fanteria. — Sotto un intenso bombardamento nemico, nonostante che fosse ferito in varie parti della faccia ed al braccio sinistro, incurante di sè, prodigava le sue cure agli altri feriti e si adoperava per farli trasportare in luogo sicuro. — Val Torra, 5 maggio 1916.

Brocchieri Guido, da Mentana (frazione Castelchiodato) (Roma), tenente medico reggimento fanteria. — Durante vari giorni consecutivi di operazioni e di continue lotte in alta montagna, dette prova esemplare di attività, zelo e sereno coraggio. — Rauchkofl, 29 marzo-4 aprile 1916.

Bocchia cav. Icilio, da Parma, maggiore medico Croce Rossa sezione sanità. — Comandante di sezione sanità in zona battuta intensamente dal fuoco nemico, seppe, con serenità, calma e valore non comuni, dirigere il servizio di assistenza, di cura e di sgombero dei numerosi feriti. — Gorizia, dal 6 al 16 agosto 1916.

Marconi Venanzio, da Camerino (Macerata), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Incurante del pericolo, trovando lenta e poco attiva l'opera dei portaferiti, li condusse egli stesso sulla linea di fuoco, donde, sotto l'imperversare del fuoco nemico, ne diresse lo sgombero al posto di medicazione. — Monte Sabotino, 6 agosto 1916.

Pizzarelli Sebastiano, da Catania, tenente medico reggimento fanteria. — Sebbene febbricitante durante l'azione svolta dal reggimento sul Monte Sabotino, portò sempre il suo posto di medicazione a brevissima distanza dalla 1ª linea e si espose, noncurante dei pericolosi tiri nemici, per aiutare e medicare i feriti. — Monte Sabotino, 6-15 agosto 1916.

Barzellotti Bruno, da Firenze, capitano medico milizia territoriale sezione sanità. — Noncurante del pericolo diede bell'esempio di abnegazione e di altruismo nel soccorrere le numerose vittime d'un attacco fatto con gas asfissianti, mentre i locali della sezione erano continuamente battuti dall'artiglieria nemica. Danneggiata dallo scoppio di una granata avversaria di grosso calibro la camera nella quale egli trovavasi a medicare i feriti gravi, provvide a mettere al sicuro i feriti stessi, inspirando, col suo contegno sereno, la calma e la fiducia in essi e nel personale dipendente. — Sagrado, 29-30 giugno 1916.

Bassi Giuseppe, da Siena, capitano medico divisione (drappello someggiato). — Dava bella prova di virtù militari, continuando, con esemplare calma la cura e l'assistenza dei feriti, sebbene il posto di medicazione fosse sotto il tiro delle artiglierie nemiche di ogni calibro. Rimaneva noncurante del pericolo, sul posto battuto, perchè sulla linea di obbligato passaggio dei feriti. — Monte Pasubio, 2 luglio 1916.

Campenni Cristoforo, da Nicotera (Catanzaro), tenente medico sezione sanità. — Sotto il violento fuoco dell'artiglieria nemica, che batteva violentemente i locali della sezione, con bell'esempio di abnegazione e di zelo, prestava soccorso alle numerose vittime di un attacco nemico fatto con gas asfissianti. Danneggiata, dallo scoppio di una granata avversaria di grosso calibro, la camera ove trovavasi a medicare i feriti gravi, provvedeva con suo pericolo, alla sicurezza dei feriti stessi, e, col suo contegno sereno, manteneva la calma fra di essi e tra il personale di assistenza. — Sagrado, 29-30 giugno 1916.

Caradonio Sigismondo, da Larino (Campobasso), tenente medico complemento reggimento fanteria. — Nobile esempio ai colleghi ed ai propri dipendenti, adempiva il suo compito al posto avanzato di medicazione, sotto un intenso bombardamento delle artiglierie nemiche. Essendo stato il posto stesso distrutto da una granata avversaria, ritornava in trincea per ivi continuare l'opera sua. — Monfalcone, 15-17 maggio 1916.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. A. dei conti CIOJA di Milano, libero docente in ostetricia e ginecologia, ha perduto il figlio FRANCO, nato a Milano.

Volontario ventenne, questi cadde il 10 settembre 1916 in un assalto al Pasubio mentre comandava, in qualità di sottotenente, il plotone Esploratori del battaglione Aosta di Alpini.

Riportò un encomio solenne ed una medaglia d'argento al valor militare.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico, in congedo temporaneo dal servizio militare, cercherebbe interinato, preferibilmente provincia Bologna. Esclusa zona di operazioni.

Scrivere dott. M. C. presso Signore Tecchio, Via dei Mille, 36 - Bologna.

Il fascicolo 2 (1° febbraio 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. ANTONIO MENDICINI - *Sulla pseudo-tabe periferica radicolare di origine traumatica.*

II. Prof. GIACOMO PIGHINI - *Appunti sulle «distrofie traumatiche emotive» in zona di guerra.*

III. Prof. PUBLIO CIUFFINI - *Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico dei tumori del lobo temporale.*

Il fascicolo 2 (15 febbraio 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. PIETRO PERAZZI - *Alcune considerazioni intorno ai congelamenti dei piedi.*

II. Dott. ANGELO CHIASSERINI - *Lesioni sperimentali dell'ipofisi.*

COLTURA SUPERIORE.

A proposito di libere docenze.

Riceviamo e pubblichiamo:

Da anni chiamati al servizio medico militare, da anni lontani dalle nostre università, abbiamo compiuto il nostro dovere di buoni medici e di buoni italiani e lo compiremo sempre con tutte le nostre forze giovanili sempre là dove è maggiore il pericolo.

Però una cosa ci umilia in questi momenti ed è questa: che mentre noi vediamo allontanarsi continuamente la meta dei nostri studi, assistenti straordinari che per qualche ragione di interesse privato o per mobilitazione si sono portati nelle città, hanno occupati i nostri posti e sono trattati con una incredibile longanimità.

Si vedono così medici che mai esercitarono la medicina o che la esercitarono soltanto nelle condotte, non mettendo mai piede nelle cliniche o nei laboratori, domandare con facilità ed ottenere ad occhi chiusi una qualsiasi libera docenza, che a noi dopo anni di lavoro nei gabinetti non era ancora stata concessa.

La libera docenza non dovrebbe essere una ricompensa con cui un direttore di Istituto premia un servizio personale, servizi che in questi tempi di bisogno generale sono così facili a rendersi, ma dovrebbe essere permesso di chiederla solo dopo la frequenza in un istituto per un certo periodo di tempo ed anche se presa per esami dovrebbe esser corredata di un dato numero di lavori che attestino l'attività scientifica del candidato o almeno dovrebbe essere un vero esame, tale da mettere in evidenza la ignoranza quasi costante delle più elementari ricerche di laboratorio.

Fra la pratica medica e l'abilitazione alla libera docenza dovrebbe correre una certa distinzione, altrimenti sarebbe inutile il perder tempo e moneta nei laboratori.

Molti giovani assistenti in zona di guerra al giornale il Policlinico *perchè renda pubbliche queste nostre lagnanze.*

NOTIZIE DIVERSE

Per il V prestito nazionale.

La Cassa Nazionale Infortuni ha sottoscritto al Prestito Nazionale per cinque milioni di lire in contanti e ha deliberato di facilitare nel miglior modo le sottoscrizioni individuali del suo personale.

Reparto ospedaliero della Colonia Armena a Milano.

Il 24 gennaio, nell'Ospedale «Principessa Jolanda», istituito dalla Croce Rossa di Milano, si è svolta la solenne cerimonia della consegna di un nuovo reparto ospedaliero per militari feriti in guerra, offerto dalla Colonia Armena.

All'Istituto Siero-vaccinoterapico Italiano.

Questo grandioso Istituto, fondato a Napoli dal prof. Ivo Bandi, è stato visitato dall'on. Colosimo, ministro delle Colonie, il quale ha dimostrato per esso vivo interessamento, in quanto che il Bandi si propone di farne un centro di coltura in patologia, igiene e biologia coloniale.

Il ministro era accompagnato dal sottosegretario on. Foscari, dal governatore della Colonia Eritrea comm. De Martino, dal governatore della Somalia comm. Cerrino e da altre spiccate notabilità coloniali.

Beneficenza.

Il nob. avv. Erasmo Lucini, defunto il 26 gennaio u. s., ha istituito suo erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, con l'onere di pochi legati. L'eredità, composta di stabili in Milano e di titoli e valori, ammonta complessivamente a circa L. 400.000.

Per un ufficiale medico superiore assolto.

Dinanzi il Tribunale Militare di Palermo, presieduto da S. E. il Tenente Generale sig. Lang, si è svolto sulla fine del gennaio u. s. il processo contro il Maggiore medico di Marina Campo Pietro, accusato di abuso di autorità verso un soldato.

Eminenti personalità civili e militari (proff. Tricomi, Giuffrè, T. Colonnello medico Ferraluzzi, Maggiori Latteri, Pitini, Capitani Maniscalco, La Rosa, Di Dino, Fulci e molti e molti altri) chiamati a testimoni, lumeggiarono tutta l'opera di medico e di soldato del maggiore Campo, avendo parole di stima e di vera ammirazione per lui, che per l'ingegno, la cultura, la signorilità dei modi, la serenità ed esattezza dei giudizi, era considerato *maxima pars* della 9ª Commissione Sanitaria di Palermo.

Ma il migliore ed il più forte difensore di Pietro Campo è stato il Pubblico Ministero, il S. Tenente avv. Cecchi, che, ritirando l'accusa, chiese la di lui assoluzione per inesistenza di reato; cosicchè agli avvocati difensori non rimase altro compito che di rinunziare alla parola per non protrarre di tanto la prigionia del Campo di quanto sarebbe durato il loro discorso.

Possa almeno questa assoluzione, che per il Campo è stata una vera apoteosi, ricompensarlo delle sofferenze, patite nei quattro lunghi mesi di carcere preventivo! Possa almeno questo processo richiamare seriamente l'attenzione delle Supreme autorità Militari, sull'opera difficile dei medici. Sieno puniti coloro che non adempiono con scrupolo al loro dovere, ma sia tutelata e protetta l'opera di coloro che, come il Campo, per compiere il loro ufficio, turbano interessi e provocano la reazione di gente che contro di essi non rifugge da qualsiasi azione malefica (fosse anche la menzogna o la calunnia).

Al maggiore Pietro Campo inviamo le nostre felicitazioni. Fulci Francesco.

Targa d'oro al colonnello Volpe.

Gli Ufficiali medici in servizio presso il X Corpo di Armata territoriale, che ha sede in Napoli, hanno offerto una targa d'oro al Tenente colonnello medico prof. Mazzini Volpe, libero docente di otorino-laringoiatria, il quale da oltre un anno copre le funzioni di segretario della Direzione di Sanità di quel Corpo d'Armata.

Medici alienisti nelle Commissioni di Vigilanza sui Manicomii.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale dell'Amministrazione Civile) ha diramato ai prefetti una circolare con cui, dopo aver rilevato che il 31 dicembre sono scaduti dalla carica per compiuto biennio, tutti i medici alienisti presso le Commissioni provinciali sui manicomi e sugli alienati, si pregano i prefetti stessi di avanzare le opportune proposte per la conferma o la sostituzione del medico alienista presso le Commissioni provinciali di vigilanza pel biennio 1918-1919, tenendo presenti le varie cause di ineleggibilità ed incompatibilità previste dall'articolo 83 del vigente regolamento sui manicomî ed in ispecie quella indicata nell'ultimo comma dell'articolo stesso.

Gli Stati Uniti d'America contro la tubercolosi di guerra in Francia.

Da qualche tempo in Francia si viene intensificando la lotta contro la tubercolosi, specialmente a vantaggio dei militari tubercolotici, designati con la denominazione di «riformati n. 2».

Negli Stati Uniti, insieme alla notizia di questo mirabile sforzo della nazione francese, si erano divulgate statistiche molto esagerate, secondo le quali i casi di tubercolosi di guerra ascenderebbero in Francia a ben 400.000.

L'opinione pubblica americana se n'era vivamente commossa, ed una missione di medici specialisti fu avviata in Francia, sotto l'egida della Croce Rossa Americana e col concorso della Fondazione Rockefeller, del Comitato di soccorso ai soldati francesi tubercolotici, e di altre istituzioni private di beneficenza.

Le prime indagini furono condotte dal dottor Biggs, commissario del dipartimento della sanità pubblica dello Stato di New York: seguì poi l'intera missione, presieduta dal dott. Livingstone Farraud. Si potè accertare che il numero dei militari riformati per tubercolosi è di 80.000, la maggior parte dei quali avevano già nella vita civile la malattia allo stato latente.

Sebbene le notizie diffuse fossero così riconosciute esagerate, la missione americana si è posta all'opera, specializzandosi nel creare nelle provincie più povere della Francia stazioni sanitarie simili a quelle già impiantate in gran numero in tutto il territorio francese.

I limiti di età per i medici militari francesi.

Il Ministro della guerra francese ha decretato che vengano messi a riposo gli ufficiali medici in servizio attivo che abbiano sorpassato le seguenti età: 60 anni per i maggiori generali, 58 per i colonnelli, 56 per i tenenti colonnelli, e 53 per i maggiori, e che abbiano compiuto 30 anni di servizio.

Il recente decreto ha lo scopo di ringiovanire i quadri del corpo sanitario. Esso faciliterà di molto la carriera.

I premi dell'Accademia di Medicina di Parigi.

Fra i premi posti a concorso per il 1918 (il concorso si chiude alla fine di febbraio) sono i seguenti: Audiffred, titolo di 24.000 franchi di rendita, per la cura della tubercolosi; Berraute, titolo di 3000 franchi di rendita, per la lotta contro il cancro; Chevallier, di 6000 franchi, per lavori stampati sulle origini, lo sviluppo o il trattamento della tisi polmonare; Guinchard, di 5000 franchi, per lo studio e la cura del crup e delle angine crupali; Labour, di 5000 fr., per un progresso notevole della chirurgia; Liard, di 4000 fr., per il trattamento della difterite; Pannetier, di 4000 fr. e Saintour di 4400 fr., per scoperte od applicazioni notevoli in qualunque campo della medicina e della chirurgia; Tremblay, di 7200 fr., per un lavoro sulle malattie delle vie urinarie; ecc.

I premi messi a concorso per il 1918 sono in numero di 57.

Cattedra di tisiologia in Inghilterra.

L'Università di Edimburgo ha istituito una cattedra di tisiologia, sull'esempio di quella già esistente a Parigi, e l'ha affidata a sir Robert Philip, il fondatore del primo dispensario antitubercolare che poi venne preso a modello in tutti i paesi civili.

Un Istituto Nazionale del Radium in Argentina.

La Camera dei deputati e quella dei senatori della Repubblica Argentina hanno approvato la creazione di un Istituto Nazionale del Radium, alle dipendenze della Facoltà Medica di Buenos Aires, modellato su quello di Montevideo, il quale ha già dato buona prova di sè in poco più di un anno. Lo Stato provvederà all'acquisto di mezzo grammo di Radium: a tal uopo è stata stanziata la somma di 120,000 pesos.

L'iniziativa è partita dalla Società d'Ostetricia e Ginecologia di Buenos Aires.

Una centenaria.

Si è spenta a Marsala, in età di 101 anni, la signora Vincenza Zerilli, che godette fino all'ultimo di buona salute e conservò una buona vista, tanto da non aver mai bisogno di ricorrere agli occhiali.

Il tentato assassinio di un medico.

Nel settembre dello scorso anno il dott. Gaetano Papi di Roma veniva affrontato da uno squilibrato, il macellaio E. Pierangeli, che esplodeva contro di lui tre colpi di rivoltella fortunatamente a vuoto, ritenendolo colpevole di non avergli fatto riscuotere un vistoso premio per un infortunio che i sanitari della Cassa Nazionale Infortuni avevano dichiarato simulato.

In esito alle risultanze del dibattimento, svoltosi or non è molto alla Corte d'Assise, è stato concesso all'accusato il vizio parziale di mente ammesso con perizia dei professori G. Montesano e Pieraccini in contrasto col dott. Bianconi. La condanna è stata a circa 7 anni di reclusione.

È morto a 64 anni il prof. ERNEST GAUCHER, il quale era succeduto nel 1902 al Fournier nella cattedra di clinica delle malattie cutanee e sifilitiche presso la Facoltà medica di Parigi e da tempo teneva dei corsi, quale *agrègè*, all'Ospedale Saint-Louis ed alla Facoltà medica.

Prima di dedicarsi alla specialità era stato un valente medico generale; la sua massima favorita era che lo specialista dev'essere tale «in soprappiù».

Appartengono al primo periodo i suoi lavori sulla patogenesi delle nefriti, sulla terapia delle malattie renali, sulla terapia della difterite; scrisse anche allora, in collaborazione con Hillairet, un «Traité théorique et pratique des maladies de la peau». Sono del secondo periodo i suoi studi sulle lesioni istologiche della pellagra e sulla leucoplasia boccale, in collaborazione con Em. Sergent, e il «Traité des maladies de la peau», nuova opera, non già rifacimento del trattato giovanile.

Prese parte attiva al movimento per la tutela degli interessi professionali. In questi ultimi tempi aprì e sostenne validamente la sottoscrizione per la Cassa medica di guerra, riuscendo a farla giungere ad una somma ingentissima.

Malgrado la sua età, volle assumere pesanti funzioni militari. Nel suo testamento ha disposto di essere seppellito nella sua uniforme militare.

Spirito sagace, qualche volta è stato però altrettanto avventato nei suoi giudizi: per esempio nella critica al salvarsan, in cui egli vedeva una speculazione farmaceutica tedesca. Attratto da speculazioni affaristiche, non seppe sempre liberarsene, ciò che ha dato origine a critiche malevoli ma non ne ha intaccato la fama di clinico espertissimo. La nota culminante del suo spirito fu la bontà, ché talvolta degenerava in debolezza, mascherata da un tratto rude.

B.

Il dott. MICHELE ROMANO, tenente medico, è stato tra le vittime del disastro ferroviario di Monte Compatri nella notte del 23 gennaio u. s., dopo 18 mesi di fatiche, disagi e pericoli affrontati con coraggio e patriottismo in zona di guerra.

Era dotato di forte e versatile ingegno, di fermezza e dignità di carattere, animato da amore per la sua arte.

Durante i primi anni della sua carriera fu libero esercente nell'Isola di Capri, per poi assumere la condotta medico-chirurgica di Anacapri, da me cedutagli con sommo compiacimento, dopo 27 anni di esercizio.

In zona di guerra si distinse per ammirevole zelo e laboriosità, dando prove di acume clinico, di valore tecnico operativo, non che di coraggio, di abnegazione e di cordiale colleganza, per cui meritò la stima dei superiori, la fiducia e l'affetto dei compagni, che sostituì ed aiutò, all'occorrenza, in momenti di eccessivo lavoro.

Fu anche Sindaco di questo Comune, rivelando qualità di sagace, onesto ed energico amministratore.

Solenni, commoventissime furono le onoranze tributate il dì 8 corrente alla cara memoria dello Estinto.

V. CUOMO.

Il giorno 5 dicembre 1917 in Rubiera (Reggio Emilia) è morto, per nefrite, il dott. CORRADINI ROVATTI LUIGI, di anni 70, di già medico condotto del Comune di Casalgrande (Reggio Emilia) per oltre 41 anni di seguito. Ottimo cittadino, valente medico, amoroso padre, tutto se stesso ha dato a beneficio dell'umanità sofferente.

I.

Indice alfabetico per materie.

Roma 1918 Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, *resp.*
(24)

Anno XXV. *Roma, 24 febbraio 1918* Fasc. 8.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La cultura ascendente nelle ricerche batteriologiche

per il prof. dott. Costantino Gorini,
direttore del Laboratorio di Batteriologia della Scuola Super. di Agricoltura di Milano.

Non tanto per rivendicare una priorità quanto per prendere occasione di ritorno sopra mie vecchie ricerche, mi piace segnalare la recente applicazione di un metodo di isolamento batterico da me proposto or sono quattordici anni.

In una Nota (1) comunicata all'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere nella seduta del 14 maggio 1903, ho rivelato la proprietà del bacillo del tifo e di altri batteri di arrampicarsi dai liquidi sulle superfici solide di nutrizione mediante il seguente artificio di cultura.

Se si prende una provetta di agar a becco di clarinetto e, invece di seminarla per strisciamento come di consueto, la si innesta direttamente nel liquido di condensazione che si raccoglie sul fondo di essa, badando di non toccare coll'ago la superficie obliqua dell'agar e di mantenere la provetta in posizione verticale acciocchè il liquido di condensazione non si spanda sulla superficie stessa, si osserva che il batterio, *fin dall'inizio dello sviluppo*, si arrampica sulla superficie obliqua dell'agar; per cui già entro 18-24 ore di incubazione questa

superficie appare ricoperta uniformemente, per un'altezza più o meno considerevole, da una patina di cultura. Se invece si seminano nell'egual modo altri batteri, essi, pur sviluppandosi rapidamente nel liquido di condensazione, non invadono affatto nelle prime ore di sviluppo la superficie dell'agar; tutt'al più si limitano a formarvi, presso al margine del liquido di condensazione, un orlicino di cultura o qualche puntina di cultura che nei giorni successivi possono avanzarsi più o meno lentamente e irregolarmente sull'agar. Ma l'ascesa che si verifica contemporaneamente all'inizio dello sviluppo nell'acqua di condensazione è qualcosa di essenzialmente diverso dalla comune progressione sulle superfici solide, ed è meritevole di essere considerata quale un vero fenomeno di arrampicamento attivo del batterio dal medium liquido sulla superficie solida.

Pertanto in base a questo fenomeno possiamo parlare di *batteri ascendenti* e *batteri non ascendenti.*

Fra i batteri ascendenti ho indicato, oltre il bacillo del tifo, certe razze di *B. coli*, il *B. levans*, il *B. breslaviensis*, il *B. foecalis alcaligenes*, il *B. enteritidis Gärtner*, il *B. prodigiosus*, il *B. fluorescens*, il *B. typhi murium*, il *B. subtilis*, ecc., nonchè il *Proteus* delle feci e delle acque. Ho fatto notare come tal genere di *cultura*, che possiamo chiamare *ascendente*, potrebbe servire a separare germi ascendenti da mescolanze con germi non ascendenti; ad es., dissi, da miscele artificiali di B. tifoso e di *B. coli* non ascendente mi è riuscito di ottenere il primo in cultura pura nella patina ascendente, anche quando esso era in quantità esigua rispetto all'altro microbio. Così pure potei isolare una razza di *B. coli* ascendente da una mescolanza col *B. lactis aerogenes* non ascendente, mescolanza che spesso si osserva nelle feci dei bambini lattanti.

Ora, da un recente lavoro dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Bologna ho appreso con piacere che la cultura ascendente è stata messa largamente a profitto nell'Istituto Pasteur di Parigi per l'isolamento del *Proteus vulgaris* dalle feci. Sono andato a rintracciare negli Annali dell'Istituto Pasteur da quando datasse l'utilizzazione del metodo, ed ho appurato che il primo ad adottarlo fu il Choukewitch del Laboratorio del Metchnikoff nel 1911, cioè otto anni dopo la succitata mia pubblicazione, senza che di quella si faccia cenno alcuno (sorte non infrequente dei lavori italiani all'estero!). Infatti il Vol. XXV degli *Annales Pasteur* di quell'anno contiene uno studio di Jean Choukewitch (2) sulla flora batterica dell'intestino crasso del cavallo, dove si legge:

« ***Proteus vulgaris.*** — Le moyen le plus commode et le plus rapide d'obtenir une culture pure de ce microbe est le suivant. On verse 1-2 centimètres cubes du liquide au moyen d'une pipette dans la partie inférieure d'un tube de gélose incliné. On place ce tube verticalement dans l'ètuve. Au bout de vingt à trente-six heures, le proteus, grâce à sa très grande mobilité, parvient à l'extrémité supérieure de la gélose où il est à l'état pur, tandis que tous les autres microbes, au moins ceux qui sont contenus dans l'intestin du cheval, restent dans la partie inférieure ».

Analogamente si esprime il Cantù (3) che nel medesimo Laboratorio studiò la distribuzione del *Proteus* nella natura (aria, acqua, suolo, sostanze alimentari, materie fecali umane e animali, letame, mosche, ecc.).

In seguito il metodo venne impiegato dallo stesso Metchnikoff nelle sue celebrate indagini sulla eziologia della diarrea dei neonati (*cholera infantum*) da lui messa in rapporto per l'appunto col *Proteus.* Nel Vol. XXVIII degli stessi *Annales Pasteur* (anno 1914) l'illustre compianto scienziato (4) discutendo dei mezzi di ricerca del *Proteus* scrive che coltivando le deiezioni nei più diversi terreni nutritivi propri allo sviluppo della microflora fecale, ben raramente si riesce ad isolare il *Proteus.* All'incontro « en ensemençant un peu de matières fécales dans la profondeur de tubes de gélose inclinée, on observe le lendemain un développement abondant de *Proteus*, sous forme d'un enduit montant jusqu'aù sommet de la gélose souvent avec des tries parallèles. Cette méthode (che Metchnikoff intitola al suo allievo Choukewitch) suffit dans la plus grande majorité des cas pour établir l'existence du *Proteus* dans les fèces ».

E nel medesimo volume un altro allievo del Metchnikoff, D. Mr. Bertrand (5) che ripetè a Londra le ricerche del Maestro, rincalza: « En suivant le procédé de Choukewitch, employé couramment par Metchnikoff, il est très aisé d'isoler le *Bacillus Proteus vulgaris*, même quand il existe en faible quantité. Il est très important, pour ces recherches, d'employer cette méthode, car, assez souvent, alors que j'avais isolé de cette façon le *Proteus* existant dans une selle, je n'en trouvais aucune colonie sur le milieu de Conradi-Drigalsky » (che è pure il più indicato per i germi fecali).

Ultimamente poi il dott. Puntoni (6) dell'Istituto Universitario d'Igiene di Bologna si giovò del metodo nelle sue ricerche sul significato del *Proteus* nelle affezioni intestinali (*).

* * *

Soddisfatto che la cultura ascendente da me escogitata abbia già servito ad indagini importanti e numerose, credo opportuno far conoscere come essa sia in grado di essere utilmente sfruttata per altre investigazioni su batteri patogeni e non patogeni.

Stando sempre nel campo del *Proteus*, ricorderò che fra i germi incolpati di produrre la diarrea dei vitelli, malattia che tanto interessa l'industria zootecnica, abbiamo, oltre a vari tipi di *Coli*, di *Aerogenes*, di micrococchi, di bacilli dell'aborto e di piocianei, puranco dei *Proteus* (7); orbene io ho trovato che tutti questi germi ad eccezione del *Proteus* (e di qualche razza di *Coli*) sono sprovvisti di proprietà arrampicanti; ecco adunque come la prova della cultura ascendente applicata ai materiali fecali dei vitelli ammalati possa fornire indizi preziosi per la diagnosi eziologica e quindi per la cura e la prevenzione della temuta epizoozia.

Se entriamo poi in altri campi dirò che alla cultura ascendente si può ricorrere con vantaggio nelle analisi delle acque potabili, non soltanto per la ricerca del *Proteus*, ma altresì per la differenziazione di alcuni tifisimili che dànno colonie affini a quelle del tifo ma che non posseggono proprietà arrampicante: così pure essa può servire all'isolamento di determinati bacteri ascendenti dal latte, dal terreno, ecc., la cui ricerca tornerà acconcia caso per caso.

* * *

Lasciando ora da parte le osservazioni speciali, esporrò il risultato di mie ulteriori osservazioni di indole generale che interessano la fisiologia bacterica. Queste osservazioni sono di due ordini.

Un primo ordine riguarda il *diverso comportamento dei batteri a ciliatura diffusa dai batteri a ciliatura polare*. Già nel lavoro precedente io avevo fatto notare che non tutti i bacteri mobili si dimostravano ascendenti, talchè avevo concluso che la mobilità da sè sola non è condizione sufficiente per la salita microbica, e siccome avevo constatato che i bacteri ascendenti avevano la proprietà di formare filamenti, mentre questa proprietà mancava nei bacteri mobili non ascendenti, avevo avanzato l'ipotesi che l'arrampicamento fosse determinato dall'associazione della filamentosità colla mobilità dei germi. Oggi però le indagini posteriori mi inducono a ritenere che anche altre circostanze entrino in giuoco nel fenomeno.

Grazie alla cortesia dei professori Gosio, Moreschi e Veratti, io ho potuto l'anno scorso cimentare alla cultura ascendente sei razze di bacillo paratifo A e sei razze di paratifo B; tutte rivelarono proprietà arrampicante; eppure nessuna mostrò tendenza a produrre filamenti, ciò che si accorda colle risultanze degli Autori i quali anzi nel difetto di filamenti ravvisano un carattere di diversificazione dei paratifi dal bacillo tifoso (8). Allora mi sono riaffacciato il quesito per quale ragione certi bacteri mobili si rifiutassero di adergersi sull'agar obliquo.

A tale scopo tornai a sottoporre alla prova il vibrione del colera (di cui debbo alla gentilezza del prof. Gosio tre stipiti di recente isolamento), il vibrione di Finkler e Prior, il vibrione del formaggio di Deneke, il bacillo piocianeo, il bacillo cianogeno, il bacillo violaceo e il *Micrococcus citreus agilis* di Menge; verificai nuovamente che essi, sebbene nell'acqua di condensazione si sviluppassero rigogliosamente e si mostrassero agilissimi, tuttavia non riuscivano ad arrampicarsi.

Questo comportamento apparentemente contraddittorio di buon numero di specie mobili mi ha spinto a investigare se sul fenomeno dell'arrampicamento non abbia influenza anche la disposizione della ciglia. E invero, passando in rassegna le specie batteriche finora esaminate, ho riscontrato che quelle rivelatesi ascendenti sono tutte a ciliatura diffusa (peritrichi), e per converso nessuno dei batteri a ciliatura polare (monotrichi, elofotrichi) si è manifestato ascendente. Si ammette ed è logico che la diversità di ciliatura influisca sulla forma del movimento, i peritrichi si muoverebbero prevalentemente strisciando, i polotrichi prevalentemente saltellando: purtroppo non è sempre facile differenziare al microscopio questi movimenti, che presentano poi molte varianti (movimenti a pendolo, serpignosi, voltolanti, a capitombolo, ecc.) le quali sono comuni ad entrambi i tipi di ciliatura; basti pensare che i bacilli para-

(*) Ringrazio la Direzione degli *Annali d'Igiene* di Roma che nel n. 6 del 1916, a pag. 418, ebbe la cortesia di porre in luce la priorità della mia osservazione « la quale era destinata a sfuggire agli studiosi di batteriologia, per la natura non specializzata dei pregevoli *Rendiconti dell'Istituto Lombardo* dove fu pubblicata ».
Faccio notare peraltro che quella mia Nota del 1903 fu recensita in diverse riviste, non escluso il *Centralblatt für Bakteriologie*.

tifi pur essendo peritrichi hanno un movimento che assomiglia piuttosto a quello del vibrione colerico polotrico, anzichè a quello del bacillo tifico peritrico. Per cui, qualora si mantenesse costante la diversità di comportamento sopraccennata tra bacteri peritrichi e batteri polotrichi nelle culture ascendenti, queste sarebbero chiamate a recare un pregevole contributo agli studi tuttora imperfetti sulla mobilità batterica.

A questo proposito mette conto di ricordare come per parecchie specie batteriche vi sia controversia fra gli autori se esse abbiano ciliatura diffusa o polare (*Bacillus foecalis alcaligenes, bacillus fuorescens, bacillus violaceus*); probabilmente esistono razze o specie simili a ciliatura diversa, come è il caso del *B. coli*, di cui si conoscono varietà peritriche e varietà polotriche, alla cui diagnosi può giovare la cultura ascendente, tanto più che, come indicai nella precedente Nota, essa si presta altresì per l'allestimento di bei preparati di cilia, prelevando a tal uopo il materiale dal margine superiore della cultura, dove la patina è più recente e più tenue e contiene individui giovani e agili.

***

Un secondo ordine di ossevazioni riguarda *il riconoscimento della mobilità limitata agli stadi giovanili di certi bacteri*, che potrebbero passare per immobili (*). Già nel lavoro precedente ho detto di avere incontrato batteri che sebbene pochissimo mobili si arrampicavano a notevole altezza sull'agar obliquo. Lo spunto per ulteriori indagini mi è stato offerto da diversi bacilli che ho isolato dal terreno mediante appunto la cultura ascendente; mi sorprese il fatto che essi già dopo poche ore d'incubazione, dalla sera alla mattina, erano saliti fino all'apice dell'agar, mentre al microscopio si mostravano completamente immobili nella patina ascendente; ma se si esaminavano nell'acqua di condensazione si trovava qualche individuo più o meno lentamente mobile. Allora ho provato ad analizzare la cultura all'inizio della sua ascesa e ho potuto accertarvi una abbastanza vivace mobilità estesa alla pluralità delle cellule, mobilità che andava cessando coll'inoltrarsi dello sviluppo.

Vogliasi considerare che si tratta qui di quel gruppo di bacilli cosidetti delle patate e del terreno, sulla cui mobilità si sono intavolati numerosi dibattiti; cito fra gli altri il *Bac. mycoides*, il *Bac. carotarum*, il *Bac. megatherium*, il *Bac. mesentericus*, dei quali tutti ho potuto controllare la mobilità limitata per lo più alle prime ore di sviluppo, giustificando così i dispareri che si incontrano nella letteratura.

Nel campo della batteriologia medica vi è un batterio patogeno per il quale la questione della mobilità riveste un significato particolare, imperocchè fino a pochi anni fa si ammetteva in modo perentorio che esso fosse assolutamente e costantemente immobile; alludo al bacillo del carbonchio ematico la cui immobilità è messa nei trattati come criterio di differenziazione dal bacillo *subtilis* del fieno e dai bacilli similcarbonchiosi i quali sono dotati di movimento. Io ho saggiato alla cultura ascendente diverse razze di *Bacillus anthracis* e debbo dichiarare che finora non ne incontrai nessuna che rivelasse proprietà arrampicanti precoci come il *Proteus* e gli altri bacilli mobili che salgono fin dall'inizio dello sviluppo. Però al secondo giorno dello sviluppo anche questo microbio comincia ad adergersi arrivando in breve ad altezza considerevole sull'agar; esso presenterebbe in certo qual modo un comportamento intermedio fra gli ascendenti e i non ascendenti. Che ciò sia da ascriversi esclusivamente alla ben nota filamentosità del bacillo del carbonchio? oppure a quella incostante e fugace lenta mobilità che è stata ravvisata da alcuni autori, quali Toussaint (9), Nicolle e Trenel (10), Dupond (11) e ultimamente Carpano che lo pone fra i bacilli peritrichi (12)? Dal canto mio nè nella patina ascendente nè nell'acqua di condensazione, non sono mai riuscito a sorprendere individui semoventi. Può darsi che siamo anche qui dinanzi a questioni di stipiti speciali, come sopra è detto.

Infine nel campo della batteriologia industriale segnalerò come da birre torbide inacidite mi sia occorso di isolare batteri ascendenti sull'agar al mosto di birra; puranco in questi la mobilità è accertabile solo in alcune forme limitatamente agli stadi giovanili e cessa coll'avanzamento dello sviluppo. Siamo verosimilmente di fronte a quelle cellule sciamanti che sono proprie di alcuni fermenti acetici, e che si mettono in riposo a misura che si inoltra il processo di inacidimento; queste cellule sciamanti mancano invece nei comuni fermenti acetici che sono del tutto immobili.

RIASSUNTO.

Nella presente Nota porto nuovi contributi ad un metodo di cultura microbica da me proposto quattordici anni fa, che venne recente-

(*) Mette conto di accennare qui anche al fenomeno della perdita temporanea o permanente della mobilità che è stato segnalato da alcuni Autori presso varie specie batteriche (*B. coli*, Vibrione del colera; V. F. Neri, nell'*Igiene Moderna*, 1912, pag. 261).

mente utilizzato dal compianto prof. Metchnikoff, nell'Istituto Pasteur di Parigi, e da altri batteriologi italiani e stranieri per importanti studi sulle infezioni intestinali, massime nella ricerca del *Proteus*.

In base a questo metodo i batteri si possono distinguere in *arrampicanti e non arrampicanti.*

Questo metodo è in grado di recare buoni servigi: *a*) per l'isolamento di determinati batteri che interessano la microbiologia medica, agraria e industriale, dalle feci, dalle acque, dal terreno, dal latte, dalla birra; *b*) per studi di fisiologia batterica, relativi alla mobilità (distinzione fra batteri a ciliatura diffusa e batteri a ciliatura polare; riconoscimento della mobilità in batteri che sono mobili solamente negli stadi giovanili di sviluppo per cui la loro mobilità è passata o può passare bene spesso inosservata).

BIBLIOGRAFIA.

(1) GORINI C. *Sul potere di traslazione del bacillo di Eberth.* (Rend. Ist. Lomb. di Sc. e Lett., 1903, vol. 36, pag. 601).
(2) CHOUKEWICH I. Annales Pasteur, 1911, vol. 25, pag. 255.
(3) CANTÙ CH. Annales Pasteur, 1911, vol. 25, pag. 852.
(4) METCHNIKOFF E. Annales Pasteur, 1914, volume 28, pag. 101-102.
(5) BERTRAND D. M. Annales Pasteur, 1914, vol. 28, pag. 123.
(6) PUNTONI V. Annali d'Igiene, 1916, anno 26, pag. 293.
(7) KOLLE e WASSERMANN. Pathogen. Mikroorganismen, II ediz., VI, pag. 121.
(8) IBIDEM. III. p. 100-5.
(9) TOUSSAINT. Compt.-Rendus Acad. Sc., 1877.
(10) NICOLLE e TRENEL, V. MACÉ. *Traité de bactériologie*, 1912.
tériologie, 1912.
(11) DUPOND. Thèse de Nancy, 1905.
(12) CARPANO M. Moderno Zoojatro, 1915, n. 11.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CONGREGAZIONALE DI MODENA.

Ferita da arma da fuoco penetrante del cuore senza rottura del pericardio. - Sutura. - Guarigione

pel dott. prof. LUIGI VACCARI, chirurgo-primario.

B... F... di Modena, d'anni 8, il giorno 9 agosto 1917 veniva portato dalla locale Pubblica assistenza, la Croce verde, all'Ospedale civile.

Poichè presentava pallore, angoscia, eccitazione e dispnea ed era ferito da proiettile al precordio, fui chiamato colla massima sollecitudine assieme al medico di guardia.

Appreso che gli era stato sparato da breve distanza con carabina Flobert e rilevato che esisteva soltanto il foro d'entrata del proiettile al margine sinistro dello sterno, sul 4° spazio intercostale, non ci indugiammo in esami clinici.

Il polso era appena percettibile e i toni cardiaci non si udivano.

L'accidente datava da un'ora circa ed era avvenuto poco lontano dalla città. Il ragazzo, appena colpito, era caduto a terra, e poi si era rialzato, ma, fatti due passi, colto da vertigine, aveva dovuto di nuovo giacersi. Il feritore, giovinetto sedicenne, fattorino telegrafico, gli si era avvicinato e osservate la fuoriuscita di sangue e la perforazione della maglia, era corso subito a chiamare la Croce verde, la quale, prontamente giunta, aveva provveduto all'immediato trasporto all'Ospedale.

Dopo pochi minuti in sala d'operazione ci accingevamo a scoprire il cuore.

Mi assisteva l'ottimo collega prof. Ulisse Nizzi ed erano presenti i dottori Biancheri e D'Alessandro.

Poichè la narcosi cloroformica rese il respiro quasi regolare e non si aveva cianosi, operai con tanto più di calma e senza fretta.

Escisso il tratto cutaneo che contornava il foro d'entrata del proiettile, sito precisamente al margine sinistro dello sterno, poco al di sopra della 5ª cartilagine costale, preparai un ampio lembo toracico a cerniera esterna con sezione doppia degli archi costo-cartilaginei 3°, 4° e 5°. La pleura e i vasi della parete furono rispettati perfettamente e, sollevato lo sportello, si presentò una zona infiltrata di sangue rosso all'angolo inferiore ed interno dell'apertura praticata.

In questa zona apparve la piccola palla di fucile Flobert, che, libera dalle membrane, facilmente fu rimossa.

Cercai subito, e con attenzione, la perforazione del pericardio che, essendo questo largamente scoperto ed essendo il campo esangue, si doveva pure scorgere, ma invano, perchè assolutamente non esisteva.

I movimenti del cuore non si vedevano, nè si riusciva a percepirli colla palpazione.

Il sacco pericardiale era teso ma non era possibile giudicare se fosse aumentato di volume.

Per un istante mi colse il dubbio che il cuore non fosse ferito e che il non avvertire nè toni nè moti cardiaci dipendesse da una condizione di shoc.

Riflettei però subito che, se tale condizione fosse dipesa da contusione del cuore, avrebbe soppressa la coscienza e data la morte; e perciò restai fermo nella diagnosi di emopericardio che dava la più chiara ragione della grave fenomenologia che mi si presentava e aprii immediatamente il pericardio con un'incisione ad y.

Grumi sanguigni, coperti da poco siero, immobili, riempivano la cavità pericardiale e non lasciavano scorgere affatto il cuore. Li spostai e ampliai convenientemente l'apertura pericardica introducendo tosto per questa l'indice e il medio della mano destra, coi quali girai a sinistra e sotto la punta del cuore che sospinsi e lussai fuori della parete toracica, afferrandolo poi in pieno colla mano destra.

In questo momento un getto di sangue scuro, grosso come un mignolo, si proiettava a 60-70 cm. d'altezza, sì che io presi fra l'indice e il pollice della sinistra i bordi della ferita da cui usciva; e ottenuta l'emostasi sull'istante, lasciai il viscere che tenevo nella destra.

Col port'aghi, munito di un ago curvo e tondo con catgut n. 2, passai, per tutto lo spessore del miocardio, a 3 mm. circa dai bordi della ferita e procurando di evitare l'endocardio, un punto in croce che liberamente annodai, abbandonata la costrizione digitale.

Feci rientrare subito entro il sacco pericardiale il cuore che sulle prime presentò movimenti tumultuosi, affrettati ed irregolari, ma poi, allontanati i grossi grumi che erano rimasti nel pericardio, le sue contrazioni divennero regolarissime.

Assicuratomi che dalla ferita suturata non gemeva una stilla di sangue, procedetti alla sutura pericardica a punti staccati con affrontamento delle superfici epiteliali. La chiusura completa riuscì a perfezione, come l'addossamento del lembo toracico, riapplicato senza lasciare alcun drenaggio.



Dopo mezz'ora dall'intervento la fisonomia del ferito era radicalmente cambiata. Non era più pallido ed ansioso; raccontava in coscienza perfetta i particolari dell'accidente incontrato al giudice istruttore. Il polso era ancora debole ma ritmico, e non superava le 90 puls. al minuto primo.

Decorso post-operatorio normale. Apiressia costante. Rimozione della sutura cutanea dopo 9 giorni. Guarigione per 1°. Uscita dall'Ospedale il 15 settembre 1917.

Io non concessi che il ragazzo lasciasse l'Ospedale prima dei 30 giorni avuto riguardo alla consolidazione dello sportello toracico; però le condizioni dell'operato furono sempre tali da non far temere l'insorgenza di complicanze.

Un mese dopo l'operazione, pregai tanto il collega medico prof. Monari, che il radiologo prof. Balli di prendere nell'esame più accurato il ragazzo, ciò che essi molto gentilmente fecero ma entrambi risposero di non aver potuto rilevare alcunchè di anormale.

Ho reso noto questo caso, perchè nelle ferite del cuore l'assenza di perforazione pericardiale è relativamente rara e perchè questa eventualità all'atto pratico può indurre nel grave errore di rinunciare all'apertura del pericardio, e ciò specialmente se si trova subito il proiettile e se non vi sono sintomi gravi.

In rapporto a ciò ritengo la mia osservazione molto istruttiva.

NOTE E CONTRIBUTI.

La cura abortiva della blenorragia acuta.

Dott. ENRICO VECCHIA, tenente medico.

Dopochè è stato prescritto che i soldati venerei dovevano essere curati alle proprie unità, i medici di battaglione e di reggimento hanno visto aggiungersi alla loro ardua missione un grave problema di terapia speciale.

Ciò particolarmente nei riguardi della blenorragia acuta, che — ormai si sa — richiede per la guarigione radicale un trattamento non breve, metodico e condizioni di vita e di igiene appropriate.

Tutto questo è impossibile in faccia al nemico e diventa anche molto difficile ad attuarsi nei turni di terza linea o di riposo più addietro, nei quali ogni sollecita cura viene frustrata dalla brevità della sua durata e dai mezzi incompleti.

Sicchè allora il medico assiste con rammarico allo svolgersi delle più gravi complicanze, che ineluttabilmente seguono alla blenorrea acuta trascurata, avendo sempre uno stesso esito: la creazione di un malato di qualche gravità, l'allontanamento di un uomo-soldato dalla propria linea.

Quante volte m'è capitato al battaglione di assistere all'insorgere di caverniti, cistiti, adeniti blenorragiche, venute tutte per deficienti manovre terapeutiche e condizioni sfavorevoli di vita!

Nè si deve credere che la blenorragia acuta sia rara alla fronte. Vicino a Marte vi fu sempre Venere, e per quanto sia sollecita ed oculata la vigilanza imposta al commercio sessuale, numerosi sono i primi contagi.

Basta del resto pensare quanti molti siano i blenorragici cronici, i quali — colla parvenza di raggiunte guarigioni — continuano ad infettare.

Nè fa duopo credere che tutte siano forme procurate, come taluno ha voluto troppo vedere: bisogna pure dirlo, il gonococco è ormai tale binomio e pedaggio della pratica amorosa da non doverlo ancora cercare per bassi fini. Perciò avendo da un lato numerosi casi acuti privarî, e d'altra parte non potendoci per le sopradette ragioni valere della comune terapia metodica, ho cercato di attuare una cura che potesse facilmente e nel più breve tempo essere condotta e guarire il paziente.

Il trattamento abortivo razionale, ma energico, mi parve l'unica risorsa, sebbene debba confessare di essermi accinto con quella diffidenza che si ha per le cose che non godono ancora il generale consenso.

Credo modestamente di esporre i favorevoli risultati, pensando — senza dire cose nuove — che una maggiore volgarizzazione di questa pratica sia sommamente giovevole al campo.

Lasciati in disparte tutti i metodi che implicano l'introduzione nell'uretra di strumenti col pericolo di lesioni alla mucosa e diffusione dei gonococchi, mi sono tenuto all'antico schizzetto uretrale, capace di recare in sito una sostanza nettamente battericida, quali sono i preparati d'argento.

Il nitrato d'argento al 5 % ed il proteinato di argento al 4-5 %, previa anestesia del canale uretrale con una soluzione di cocaina o di nitrato di alipina al 2 %, mi corrisposero assai bene senza dovere notare i temuti effetti caustici profondi. Le iniezioni — di 10 cmc. ciascuna — erano praticate metodicamente per tre giorni di seguito, tre volte nella giornata, trattenendo il liquido nell'uretra per 4-5 minuti mediante la chiusura del meato ed avendo cura di imprimere dolcemente qualche movimento d'estensione al pene per distendere bene il canale.

Molti insuccessi debbono infatti imputarsi a retrazioni delle piccole pliche della mucosa, che fanno in tal modo schermo al gonococco. In 11 casi di blenorragia acuta, dei quali 7 accertati al microscopio per esserci trovati in turni di riposo presso posti batteriologici, ho potuto in otto ottenere al 4° giorno di cura la cessazione della molesta sintomatologia e dello scolo muco-purulento, nè si avvertì in seguito il riprendere di fatti morbosi.

Degli altri 3 non esitati a guarigione abortiva, perchè perdurava, sebbene attenuata, dopo il quarto giorno la sindrome gonorroica, dovetti in un paziente sospendere il trattamento dopo la quinta iniezione essendo comparsa epididimite. Bisogna per altro notare che questo soldato aveva dovuto sottoporsi a notevole fatica. Del resto i risultati ottenuti — confrontati coi disastrosi esiti delle blenorragie castrensi lasciate a sè — sono di già accettabili.

Bisogna certo essere di fronte a contagi primari, e sopratutto intervenire prima che siano trascorse 36-48 ore dalla comparsa dei primi sintomi infiammatorî.

Perciò, prima di fare il medico, bisogna fra i soldati fare opera di persuasione e di consiglio facile ed avveduto: anche nella pratica civile il blenorragico arriva al medico sempre troppo tardi. Bisogna che il soldato, appena avverte i primi disturbi susseguenti al coito sospetto, si presenti subito e senza timore alla

visita medica: si potrà allora essere in tempo per iniziare con successo la cura abortiva, facile per strumentario, rimedio e tempo. Anche nei riguardi delle forme procurate questo metodo sarà di buona profilassi, senza contare che — fatto importante per un dopo guerra — le coppie blenorroiche croniche si sono dimostrate di prolificità grandemente diminuita.

Settembre, 1917.

RIVENDICAZIONI.

A proposito di nuovi studi sull'afta epizootica (1).

Ancora una parola per tagliar corto con la polemica suscitata dai proff. S. Belfante e A. Ascoli. E confidiamo che, nella loro obiettività e lealtà di vedute, essi restino persuasi che la polemica non aveva veramente ragione di essere.

Nella nostra nota preventiva « La virulenza del sangue degli animali affetti da afta epizootica », pubblicata in data 28 marzo 1916, nel n. 7 de *La Clinica veterinaria*, accennavamo distintamente a studi in corso circa un nuovo orientamento della pratica dell'immunizzazione contro l'afta epizootica. Con tale accenno ci riferivamo appunto alle prove di immunizzazione, di cui trattammo successivamente nella relazione (2) letta, il 19 febbraio 1917, alla *Commissione ministeriale*, la quale — è opportuno ricordarlo — fu istituita « esclusivamente » per gli studi e le ricerche sulla immunizzazione degli animali contro l'afta epizootica, come ne fanno fede i lavori nostri e quelli del Terni.

E se, nei varii accenni da noi fatti sulle nostre prove d'immunizzazione, ci siamo limitati ad esporre alcuni fatti principali, senza diffonderci in troppi particolari, ciò è dipeso dalla espressa volontà della Commissione predetta, la quale ci ha segnato la linea di condotta da seguire, e che doverosamente abbiamo seguita, in ordine alle comunicazioni sui risultati dei nostri studi.

Non volendo perderci in artificiose dispute su fatti secondari, ma avendo soltanto di mira la questione principale sulla priorità della scoperta, che nessuno può contenderci, dichiariamo ai proff. S. Belfanti e A. Ascoli che SIAMO AUTORIZZATI a porre a loro disposizione i protocolli ed i verbali ufficiali delle nostre ricerche, dai quali si trae la prova irrefutabile circa l'epoca (aprile-maggio 1916) in cui ottenemmo i primi risultati sulla vaccinazione endovenosa (non *aftizzazione endovenosa*, come dicono i nominati professori) con emazie virulente e lavate.

G. COSCO, A. AGUZZI.

Firenze, 18 febbraio 1918.

(1) Ragioni di salute ed il grave lutto familiare toccato ad uno di noi han fatto ritardare la pubblicazione della presente risposta. (Dott. C. e A.).

(2) Vedi: G. COSCO e A. AGUZZI, *Sulla virulenza del sangue dei bovini aftosi e prove d'immunizzazione contro l'afta epizootica*. Tipogr. Artero, Roma, 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Degli idrocefali.

(E. PEDRAZZINI, *L'Ospedale Maggiore*, n. 2, 1917).

Col nome di idrocefalo si indica la presenza nella cavità cranica di una abnorme quantità di liquido limpido, acquoso, come il liquido cerebro-spinale, od un trasudato sieroso. Sono quindi escluse tutte le raccolte di essudati purulenti, puriformi, sierofibrinosi, che in seguito impropriamente vi si aggiunsero col nome di idrocefalo acuto, od infiammatorio. L'idrocefalo fu distinto in congenito ed acquisito; idiopatico, essenziale, o primitivo e secondario; meccanico od infiammatorio; ventricolare od interno, aracnoideo od esterno, e totale. Il ventricolare può essere libero o comunicante cogli spazi aracnoidei, e chiuso o non comunicante.

È noto che per lo sviluppo di tumori cerebrali formasi spesso nei ventricoli una raccolta liquida, od idrope dei ventricoli, il cui meccanismo di produzione consisterebbe nella compressione che i tumori esercitano sulle vene e specialmente sulla vena magna di Galeno e sull'acquedotto di Silvio. In condizioni fisiologiche esiste permanentemente nei ventricoli cerebrali una tenue quantità di liquido. Questa esigua quantità, che nello stato normale trovasi nei ventricoli in confronto della copia che esiste nel sacco aracnoideo, non depone in favore dell'opinione generalmente invalsa che i plessi coroidei siano gli organi secretori di esso.

Sembra altresì strano che il liquor, producendosi nei ventricoli, sia assai scarso entro di essi ed abbondi al di fuori, ove non è secreto.

Allo stato fisiologico le comunicazioni tra i confluenti aracnoidei ed i ventricoli sono virtuali: i fori di Magendie, di Luschka, di Monro, l'acquedotto di Silvio compiono l'ufficio di valvole.

Lo spazio dei ventricoli cerebrali, che in condizioni normali rimane libero dal liquido, deve

essere occupato da un fluido aeriforme; ma nei ventricoli non è contenuto gas. Siccome nei ventricoli esiste sempre una tenue quantità di liquor, nello spazio vuoto ed alla temperatura del corpo l'acqua evapora; onde si deve formare del vapore acqueo in tale quantità che la sua tensione uguagli la forza evaporante del liquido. Allora lo spazio è saturo e la tensione e la densità del vapore sono massime; questa condizione rimane costante. Se si sviluppa un tumore in un emisfero, in ragione dell'aumento di volume che il tumore induce, avverrà non solo nella cavità cranica, ma nella intera cavità cranio-rachidica un aumento di pressione. Quando questo sarà in grado di vincere le resistenze di adesione dei fori di Magendie, di Luschka, dell'acquedotto di Silvio, dei fori di Monro, il liquido entrerà nei ventricoli. Questa penetrazione costituisce la prima e più semplice causa di formazione della raccolta liquida ventricolare, ed in tal caso l'idrope è libera, o comunicante. Un tumore però, quando agisca per il solo aumento di volume, non arriverà a produrre un aumento di pressione sufficiente a vincere le resistenze di adesione alle aperture dei ventricoli ed a farvi penetrare il liquido, se prima non avrà determinato una certa distensione del sacco durale midollare, una compressione dell'adipe perimeningeo e dei plessi nervosi intrarachidici. Dal lato idraulico quindi i ventricoli cerebrali fanno l'ufficio di camere di riserva, destinate a ricevere l'eccedenza del liquido, quando nella cavità cranica vi è sproporzione fra contenente e contenuto e la pressione tenderebbe a sopprimere i compensi speciali, indispensabili per i fenomeni elastici vasali, per la circolazione sanguigna e linfatica. Inoltre la pressione del liquido aracnoideo, in ragione dell'aumento che subisce per effetto dell'accrescimento del contenuto cranio-rachidico indotto dal tumore, tende a deprimere le pareti flessibili della porzione anteriore del seno retto ed a produrre un ristringimento della sua sezione. Ne segue che il circolo refluo ventricolare è in quel punto ostacolato e, perchè si adatti ad una sezione ristretta, occorre che aumenti la pressione della corrente. Così al di sopra dell'ostacolo la pressione assume in tutta la canalizzazione un valore maggiore, donde una maggiore filtrazione di liquido, che a sua volta concorre alla produzione dell'idrope. La funzione quindi delle vene ventricolari viene invertita: prima agivano, in opposto alle arteriole ed ai capillari, da organi assorbenti, ora funzionano, in associazione con quelli, da organi filtranti. Come si vede, l'idrope ventricolare è di origine puramente meccanica.

Tumori di grosso volume possono produrre un minore aumento del contenuto endocranico di altri assai più piccoli, quando la loro trama è molto lassa e tanto più se collo sviluppo di elementi patologici è avvenuta atrofia, distruzione di elementi normali, per modo che si verifichi una sostituzione di tessuto, più che un vero aumento di contenuto. Possono inoltre avere importanza la ricchezza del tumore in vasi sanguigni ed il modo con cui esso stesso reagisce alle azioni vasali. Aggiungasi che i compensi possono stabilirsi in diversa misura, per cui l'aumento di volume può essere talvolta compensato in modo da non causare un proporzionale aumento di tensione del sacco aracnoideo, o da non indurne affatto. Si comprende adunque come i tumori degli emisferi cerebrali, e specialmente dei due terzi anteriori, offrano, quanto a segni generali di ipertensione endocranica (papilla da stasi, cefalea, vomito, vertigine), tante differenze da farli sembrare non soggetti a legge e di rado non diano manifestazione alcuna. Lo stesso vale per le cisti emorragiche, per le cisti da echinococco, per le raccolte infiammatorie incapsulate, ed in genere per ogni alterazione.

Adunque l'aumento di pressione del liquido, prodotto dal tumore, fa sì che tra vasi arteriosi e liquido cerebro-spinale, come fra questo e le vene, si stabilisca un regime idraulico diverso dal fisiologico. Le arterie per il loro spessore e per la resistenza delle loro pareti poco risentono dell'aumento di pressione; ma le arteriole ed i capillari, le cui pareti vanno assottigliandosi e diminuendo di resistenza, risentono di più la contropressione del liquido, che tende a diminuire la loro sezione. Quanto alle vene, le superficiali o piali soggiacciono direttamente alla pressione del liquor e sono da essa tanto più facilmente influenzate, essendo contigue al piano rigido cranio-durale; le ventricolari sono sotto l'ependima dei ventricoli e la pressione aracnoidea interviene in modo indiretto a regolare il circolo venoso profondo e ventricolare per l'azione che esplica sul seno retto.

Quindi l'aumento di pressione del liquor determina sulle vene superficiali più forte la compressione e sulle vene profonde, collo stringimento del seno retto, un rigurgito e corrispondente aumento di pressione.

A differenza dei tumori dei lobi frontali, parietali e temporali, i tumori del mesencefalo e del cervelletto, oltrechè per l'aumento di contenuto e di pressione, possono turbare in altri modi più gravemente i fenomeni emo-idraulici. Bisogna distinguere quattro evenienze: quando

il tumore comprime il seno retto; quando chiude le comunicazioni fra i confluenti aracnoidei ed i ventricoli; quando esercita entrambe queste azioni; quando non chiude le suddette comunicazioni, nè comprime il seno retto, o la vena di Galeno. Un tumore del ponte, delle eminenze quadrigemine, del bulbo, della ghiandola pineale, del talamo ottico, o del cervelletto, comprimendo il seno retto o la vena di Galeno, restringe, o sopprime il deflusso del sangue ventricolare. Si ha quindi rigurgito nel distretto circolatorio profondo e ventricolare, aumento di pressione e della secrezione del liquido cerebro-spinale. Questo si raccoglie nel ventricolo e non si versa nel sacco aracnoideo, pur essendo aperte le comunicazioni, per cui si forma un'idrope ventricolare libera, o comunicante. Questa si verserà, quando la pressione ventricolare avrà uguagliata la extra-ventricolare e vinte le resistenze di adesione dei fori di comunicazione. Questa modificazione viene ad essere tanto più grande, sia pel formarsi dell'idrope, che aumenta il contenuto endo-cranico, sia per i disturbi derivanti al circolo generale encefalo-midollare in conseguenza dello stringimento, o dell'occlusione delle vie di scarico del sangue refluo profondo.

Pervio essendo il lume delle vene di Galeno e del seno retto, avviene talvolta per tumori, essudati infiammatorî, coaguli sanguigni, o per alterazione di prima formazione, che sieno intercettate le comunicazioni dei ventricoli fra loro, o cogli spazi aracnoidei e si abbia la chiusura del foro di Magendie, e dei recessi di Luschka, oppure dell'acquedotto di Silvio, di uno o di entrambi i fori di Monro. Si determina allora un'idrope ventricolare, che, secondo la sede dell'alterazione, interessa i quattro ventricoli, il ventricolo medio ed i laterali, i due ventricoli laterali, od uno solo di essi. Tale categoria di idrocefali sono appena accennati da qualche autore; ma la loro esistenza non può essere posta in dubbio per numerose osservazioni ed è anche convalidata dall'esperimento. Non è nemmeno necessario che il tumore comprima, od occluda direttamente il foro di Magendie.

Anche un tumore sorto lateralmente in un emisfero cerebellare, quando arriva ad una certa grossezza, tanto più se è compatto e duro, facendo aumentare il volume dell'emisfero leso e questo non potendosi espandere perchè racchiuso fra il tentorio e la fossa cranica, può indurre una forte pressione sulle parti vicine e sottostanti e comprimere il bulbo a mezzo dell'emisfero medesimo, facendogli fare da battente sulle piramidi posteriori e sui corpi restiformi, in modo da chiudere la comunicazione del canale centrale col sacco aracnoideo.

La produzione del liquido cefalo-rachidico è una funzione propria dei vasi arteriosi, la quale si compie nei ventricoli e fuori di essi in tutto l'ambito del sacco aracnoideo nelle proporzioni rispettive. Se pertanto allo stato normale il liquido si mantiene di inalterato volume, dobbiamo con tutta verosimiglianza indurre che tanto se ne produce per opera dei vasi arteriosi, quanto se ne assorbe per opera dei venosi. Per distruggere questi rapporti di equilibrio basta anche che una delle parti delle superfici di secrezione, o di assorbimento, pur rimanendo attiva, venga isolata dal complesso normale. Qualora l'assorbimento non basti a smaltire l'intera produzione di liquido e la secrezione continui, crescerà la raccolta nei ventricoli e diminuirà sempre il volume occupato dal vapore acqueo saturo. Allo stato fisiologico i ventricoli comunicano col sacco aracnoideo e le variazioni di sezione indotte nei vasi dalle pulsazioni e dalla respirazione sono continuamente moderate e controbilanciate dalla reazione elastica del sacco meningeo e per suo mezzo dalla contropressione del liquor negli spazi aracnoidei e dalla tensione del vapor acqueo nei ventricoli. Allorchè le comunicazioni di questi col sacco aracnoideo sono interrotte ed essi diventano una cavità chiusa, separata, entro di questa viene a mancare l'influenza delle reazioni elastiche del sacco meningeo, dovute alla rivoluzione cardiaca, ed alla inspirazione od espirazione.

Queste fluttuazioni di pressione costituiscono altrettante energie motrici sul sangue venoso; dalla loro mancanza è affievolita la corrente reflua ventricolare. Perciò, affinchè il circolo si compia, deve crescere il lavoro del cuore e la pressione dei capillari. Aggiungasi che le fluttuazioni di pressione del liquor sono un elemento importante per il passaggio del liquido stesso dal sacco aracnoideo nelle vene. L'assorbimento sarà quindi diminuito nei ventricoli, mentre aumenta la produzione per l'aumento della pressione nei capillari.

Dopo il completo riempimento dei ventricoli non cessa la secrezione, bensì continua e con tale energia da produrre in essi l'aumento di capacità corrispondente all'eccesso di liquido, con riduzione della polpa nervosa ed espansione dell'involucro osseo fibroso cranio-durale, fino a che non trovi l'equilibrio di corrispondenti eventuali contro resistenze nella parete cranica medesima, per la saldatura delle suture, per la deposizione di sali calcarei nelle ossa e per l'insorgenza in queste di un processo di sclerosi e di ipertrofia concentrica.

Un'altra categoria si riferisce a quei tumori, che non comprimono il seno retto o la vena magna di Galeno e non occludono i ventricoli. Questi tumori turbano le condizioni circolatorie endo-craniche unicamente per l'aumento di volume, che apportano al contenuto cranio vertebrale, e perciò, non ostante la loro sede nella fossa cranica posteriore, non dànno conseguenze idrauliche diverse dai tumori degli emisferi cerebrali.

I tumori dell'encefalo adunque possono per azione meccanica turbare la circolazione sanguigna e linfatica endocranica e cagionare l'idrope dei ventricoli in 3 modi: *a*) per l'aumento di volume del contenuto cranio-rachidico e corrispondente aumento di tensione del sacco elastico meningeo e di pressione del liquido cerebro-spinale; *b*) per la chiusura degli orifici ventricolari; *c*) per la compressione del seno retto, o della vena di Galeno.

Poichè la sintomatologia cerebrale non dipende tanto dalla natura dell'affezione, quanto dalle sedi che vengono eccitate, l'importanza che le alterazioni emo-idrauliche assumono nelle manifestazioni morbose non di rado è tale da prendere il sopravvento sul fatto primario. Non è quindi da meravigliarsi se si cercarono invano segni clinici differenziali tra tumore ed idrocefalo, e se frequentemente i reperti anatomici sono in disaccordo colla diagnosi clinica.

È noto come da molti si attribuisca ai tumori e particolarmente ad alcune categorie di essi un effetto tossico. Quindi dei disturbi circolatori, degli edemi paratumorali, come possono avere una causa meccanica, possono altresì ripetere un'origine biologica, o tossica. Tutti però concorrono nel processo meccanico e nel complesso quadro sintomatico, senza infirmare le leggi fisiche dominanti il sistema idraulico encefalo-midollare; particolarmente la produzione dell'idrope dei ventricoli non può ridursi ad un fatto biologico e tossico.

Alcune osservazioni anatomo-cliniche confortano le opinioni espresse dall'Autore nel suo studio. P. C.

CHIRURGIA.

Ferite del torace (pleura e polmone).

(V. PAUCHET. *La Presse Médicale*, 1917, n. 23).

La maggior parte delle ferite del torace, se si considerano complessivamente tanto i caduti sul campo di battaglia quanto i feriti che giungono alle diverse formazioni sanitarie, è mortale. Il 30 % dei feriti difatti muore ai posti di soccorso; il 20 per 100 alle ambulanze; qualche altro nelle retrovie. Se le ferite degli arti sembrano in apparenza le più frequenti ciò si deve soltanto al fatto che queste non determinano di solito la morte immediata e che i quattro arti riuniti offrono una superficie di bersaglio più grande di quella del torace; ma anche la frequenza di queste ferite è assai considerevole.

Dal lato clinico si possono osservare tre stati differenti in relazione con l'importanza delle lesioni, il volume del proiettile, la presenza o l'assenza di corpi estranei nel polmone.

A. *Grandi lesioni.* — Un grosso frammento di granata colpisce il torace; frattura parecchie coste, penetra nel tessuto polmonare lasciandovi numerose schegge ossee; si ha grave emorragia, shock, dispnea, rigidità toracica, contrazione di difesa del diaframma.

La morte sopravviene in tali casi in poche ore, o in qualche giorno per shock, emorragia o infezione.

B. *Lesioni di media gravità.* — Da principio lo stato dell'infermo è grave; si constata shock, angoscia, emottisi, rigidità toracica, ecc. All'ascoltazione assenza del murmure vescicolare; alla percussione ottusità; all'esame radiografico zona di oscurità in corrispondenza della parte superiore della pleura. Dopo qualche giorno il tessuto polmonare che era trasparente diventa opaco in vari punti per la formazione di zone di epatizzazione.

Il decorso ulteriore assume allora diverse forme:

a) *forma risolutiva*: i fenomeni migliorano rapidamente ed in pochi giorni il polmone riprende la sua trasparenza; lo stato generale migliora;

b) *forma pneumonica*: nel corso di una settimana la temperatura che di solito ha oscillato sui 39° non accenna a cadere: si stabiliscono i fenomeni di una broncopolmonite ed in capo a 15-30 giorni sopravviene la morte;

c) *forma gangrenosa*: s'inizia come la precedente; ben presto l'espettorato diviene fetido, gangrenoso, lo stato generale peggiora rapidamente, la temperatura assume un andamento pioemico ed il malato è perduto;

d) *forma pleuritica*: i fenomeni invece che mostrare una complicazione polmonare mettono in rilievo alterazioni pleuriche: il sangue raccolto nella pleura suppura: si determina una pleurite purulenta o un piopneumotorace che possono essere liberi o sepimentati. Oltre ai comuni sintomi che si rilevano all'esame obiettivo l'esame radiografico, quando è possibile, può fornire rilievi interessanti.

Esso permette di solito di constatare una o più delle seguenti modificazioni:

1° *Oscurità polmonare presso l'ilo*: indica il polmone retratto;

2° *isolotti oscuri disseminati*: sono dati da focolai pneumonici, o di pleurite incistata;

3° *oscurità costo-diaframmatica*: segna la presenza di un versamento pleurico. In tal caso facendo assumere diverse posizioni all'infermo è possibile anche rilevare se il livello del liquido cambi posizione e se perciò la raccolta sia o no libera.

C. *Lesioni di lieve importanza*: un piccolo frammento di granata ha colpito il combattente, non v'è frattura costale, la leggera angoscia iniziale, il pallore, qualche sputo sanguigno indicano la lesione che in breve tempo (15-20 giorni) non dà più molestia al paziente.

La *prognosi* delle ferite del torace (pleura e polmoni) dipende da vari fattori, e cioè: dalla presenza o assenza di corpi estranei nel polmone o nella pleura; dalla molteplicità delle ferite; dalle concomitanze di fratture costali, di lesioni della colonna vertebrale, della pleura, del pericardio; dal sopraggiungere di emottisi secondarie; dalla contemporanea lesione della cavità addominale.

L'infiammazione del tessuto polmonare attorno ai proiettili ritenuti, la possibilità che frammenti di costole fratturate sieno stati proiettati nel polmone, la quasi fatalità della infezione pleurica e pericardica quando le rispettive cavità sono in comunicazione con l'esterno, aggravano infatti sensibilmente il giudizio prognostico.

Per quanto riguarda il *trattamento*, il chirurgo deve combattere tutti i singoli accidenti che accompagnano le ferite del torace. Occorre con l'ipodermoclisi, le rettoclisi, le inalazioni e le iniezioni sottocutanee di ossigeno riparare ai disturbi generali e respiratori; pulire ed asportare con le forbici tutti i tessuti contusi ed ecchimotici, sgrassarli accuratamente con l'etere e riunirli mediante suture con il crine di Firenze, lasciando, ove sia opportuno, drenaggi filiformi. Se vi sono fratture costali, sbrigliare la ferita, allontanare tutti i frammenti mobili, resecare gli estremi di frattura per impedire lo stabilirsi di focolai di osteite e per meglio suturare la ferita pleurica che di solito si accompagna alla frattura; quando quella esista senza di questa, chiuderla, dopo perfetta sterilizzazione, avvicinando saldamente le due costole prossimiori mediante tre punti di filo metallico.

Nei casi invece in cui non si ritenga indicata la chiusura è necessario aspirare con delle lunghette di garza l'eventuale versamento ematico intrapleurico e tamponare accuratamente. Ad infezione già in atto o assai probabile si può mantenere antisettico il tamponamento col metodo di Carrel: metodo che però non è usato dal Depage prima del quinto giorno; quando il polmone si può ritenere cicatrizzato. Se l'emotorace è chiuso è bene aspirarlo, ripetendo la semplice puntura qualora i fenomeni si attenuino; ma praticando la toracotomia se non cade la febbre ed il sangue estratto con le successive aspirazioni assume aspetto purulento.

Per le ferite polmonari la questione del trattamento è complessa e non è possibile dare indicazioni precise poichè ogni caso si presenta in modo particolare che il chirurgo deve trattare secondo l'indicazione, secondo le proprie attitudini, secondo le condizioni di shock più o meno grave in cui trovasi il ferito. Si può solo notare chè se la pleura è aperta, se si deve fare una resezione per coesistente frattura, v'è tutto l'interesse ad assicurarsi anche dello stato del polmone; e qualora si riscontrino lesioni, o corpi estranei procedere al trattamento che sarà più opportuno (sutura polmonare, resezione, asportazione del materiale proiettato nel polmone). Così pure è giustificata nelle suaccennate condizioni la esplorazione per la ricerca di eventuali proiettili e la loro asportazione quando può effettuarsi con facilità; ma in caso contrario occorre astenersi da qualsiasi intervento che sarà più opportunamente praticato nelle retrovie.

Concludendo: nelle ferite del torace occorre aver presenti le necessità del trattamento immediato e di quello tardivo; e distinguere le ferite a torace aperto da quelle a torace chiuso. In primo tempo occorre combattere lo shock, sollevare lo stato generale, riparare all'emorragia, prevenire la infezione. Nelle ferite a torace chiuso è di regola l'astensione e si praticherà tutt'al più la puntura dell'emotorace se abbondante ed il pneumotorace artificiale per arrestare l'emorragia se si riproducesse.

Nelle ferite a torace aperto occorre disinfettare accuratamente, asportare i tessuti contusi o necrosati, resecare i bordi delle costole fratturate, disinfettare la pleura, esplorare il polmone, arrestarne l'emorragia, asportare eventuali proiettili ritenuti e facilmente allontanabili.

Il trattamento consecutivo consisterà nel sostenere le forze del malato, praticare la ginna-

stica polmonare, sorvegliare l'iniziarsi di eventuali complicazioni suppurative, praticare la pleurotomia se si stabilisca una pleurite purulenta libera o incistata.

E' opportuno e sufficiente che tali interventi sieno fatti sotto l'anestesia paravertebrale che rappresenta il metodo di scelta per la chirurgia polmonare. L. GUIDI.

La terapia chirurgica nelle malattie del torace.

(S. ROBINSON. *The Journal of the A. m. A.*).

In questa conferenza, tenuta dinanzi alla 67ª sessione annuale dell'Associazione medica americana, R. tratta in modo generico delle indicazioni ad un intervento chirurgico nelle varie malattie del torace.

Nell'ascesso polmonare acuto l'intervento chirurgico è molto spesso indicato, e la mortalità bassa; al contrario nell'ascesso cronico R. preferisce l'astensione; consiglia invece l'impiego precoce dello pneumotorace artificiale, o, se questo è impossibile per le aderenze esistenti, della pleuro-pneumolisi.

Nelle bronchiettasie vere R. non crede alla cura medica, ed ha scarsa fiducia nell'efficacia dello pneumotorace artificiale. In tre casi di bronchiettasie limitate ad un lobo inferiore egli tentò di produrre la compressione, riempiendo la cavità pleurica con garza, ma ebbe solo un passeggero miglioramento. Sconsiglia anche il drenaggio delle cavità bronchiettasiche. L'unico mezzo di cura è, quando le bronchiettasie sono a carico del solo lobo inferiore, e l'individuo è un giovane resistente, la pneumectomia parziale eseguita in tre o quattro tempi.

Quanto all'enfisema cronico R. ricorda il processo chirurgico basato sul concetto di Freund, ma dice di non averne esperienza; esso è controindicato, quando esistono complicazioni cardiache o polmonari.

Nei casi di empiema, che continuano a segregare dopo otto settimane dall'operazione, è necessario assicurarsi, sotto il controllo roentgenoscopico, che il ritardo della guarigione non dipenda da ragioni meccaniche: aderenze, drenaggio non adatto, ecc., e provvedere; se, nonostante questo, la secrezione continua per 4-5 mesi, può essere indicata la pleuro-pneumolosi o un processo osteoplastico; l'uso dei vaccini, delle paste al bismuto ecc. può portare qualche miglioramento, ma non la guarigione.

Nella tubercolosi polmonare non crede sia indicato alcun intervento chirurgico.

Nei cosidetti ascessi freddi delle coste R. pone in guardia il chirurgo dal credere che la lesione sia limitata alla costa; di solito esiste un piccolo focolaio di pleurite che, per un sottile tramite, comunica con la raccolta esterna.

Nei casi in cui si sospetti un tumore iniziale primitivo del polmone R. raccomanda, oltre l'uso della radiostereoscopia, anche la toracotomia esplorativa, che dovrebbe entrare nella pratica al pari della laparatomia esplorativa.

Nei tumori maligni ostruenti dell'esofago consiglia la gastrostomia, cui fa seguire un metodo di esofago-plastica. A. CHIASSERINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medico-Chirurgica di Bologna.

Seduta del 21 dicembre 1917.

Sulla cura dei sarcomi mieloidi dello scheletro.

PUTTI. — I patologi ed i chirurgi sono concordi nel considerare di natura benigna i sarcomi centrali mieloidi, gigantocellulari dello scheletro. La cura chirurgica di questi neoplasmi, s'inspira perciò a concetti conservativi. Una tendenza molto moderna, sostenuta specialmente da studi e ricerche di chirurgi americani, induce a trattare i sarcomi mieloidi dello scheletro alla stessa stregua delle cisti ossee, e cioè coll'apertura della cavità tumorale, lo svuotamento del suo contenuto e la sostituzione o meno di questo con sostanze indifferenti.

L'A. seguendo questo metodo ha operato due pazienti che ora presenta alla Società:

1° Uomo di 40 anni. Sarcoma gigantocellulare dell'epifisi inferiore del femore, operato un anno prima di svuotamento del contenuto neoplastico. Ripresa integrale della funzione dell'arto, scomparsa del dolore, e miglioramento notevole della profonda atrofia del quadricipite.

2° Ragazza di 20 anni. Grosso sarcoma mieloide dell'epifisi superiore della tibia, operato dieci mesi prima di svuotamento del contenuto. La grande cavità residuata riempita successivamente di grasso omoplastico, di paraffina, di massa di Beck, va lentamente colmandosi ed è ridotta a proporzioni minime. Funzione dell'arto ottima.

L'esame istologico ha confermato pienamente in ambedue i casi la diagnosi clinica.

Una serie di radiogrammi, eseguiti ogni due mesi, dimostra che in ambedue i casi la riparazione della lesione ossea è attiva ed avviene per opera di un tessuto che ha i caratteri radiografici dell'osso normale.

Seduta dell'11 gennaio 1918.

Cinematizzazione meccanica e cinematizzazione chirurgica dei monconi di amputazione.

PUTTI. — Presenta due mutilati d'avambraccio l'uno dei quali è provvisto di una protesi cinematica di Carnes, l'altro di una protesi cinematica dell'Istituto Rizzoli, mossa da un motore plastico. Il confronto fra il rendimento funzionale che i due mutilati traggono dall'arto artificiale, presta argomento all'A. per discutere sui vantaggi e gli svantaggi dei due metodi di cineprotesi.

G. M. PICCININI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Asistolia surrenale.

Con questo nome Josuè e Belloir (*Paris médical*, 1° lug. 1917) hanno descritto una varietà di insufficienza funzionale di cuore ipertrofico, risultante dalla insufficienza relativa delle ghiandole surrenali.

Si tratta di malati che soccombono improvvisamente, dopo avere presentato sintomi di insufficienza cardiaca con cuore molto voluminoso. All'autopsia si trova però tuttora un muscolo valido. Le ricerche sui rapporti di peso tra cuore e capsule surrenali dimostrano che l'insufficienza cardiaca non dipende da lesioni del miocardio in sè, ma da insufficienza delle capsule surrenali, le quali, piccole ed in parte profondamente lese, sono incapaci di fornire la eccitazione necessaria alle contrazioni del muscolo cardiaco ipertrofizzato

L'ipertrofia colpisce sopratutto il cuore sinistro e principalmente il ventricolo. La pressione arteriosa è bassa: esiste il segno di Sergent (stria bianca alla pressione).

Si osservano disturbi del ritmo cardiaco e disordini legati all'insufficienza cardiaca, dispnea, congestione polmonare ed epatica, edemi.

La digitale e derivati hanno poco effetto su questa varietà di insufficienza, invece l'adrenalina e specialmente gli estratti surrenali hanno azione manifesta. Nei casi misti si istituirà un trattamento digitalico ed opoterapico; gli estratti surrenali a dosi di gr. 0.40 al giorno, l'adrenalina di mmg. tre divisi in sei volte. Gli estratti surrenali esercitano altresì un'azione rigeneratrice delle ghiandole.

Quanto alle cause si può pensare ad esaurimento delle ghiandole, consecutivo ad un lavoro secretorio esagerato, reso necessario dall'ipertrofia cardiaca, pur tenendo presente la possibilità di tubercolosi surrenale ed anche la importanza delle emozioni morali. FIL.

L'influenza del fumo di sigarette sul cuore

Pare oramai accertato che il fumo delle sigarette ha sul sistema circolatorio una influenza più deleteria di quella del fumo di tabacco sotto forma di sigaro o in pipa. Parkinson e Koefod (*Lancet*, 18 agosto 1917) hanno recentemente fatti degli studî al riguardo osservando l'azione del fumo delle sigarette su militari sani e su altri affetti da quella speciale forma di cardiopatia che va sotto il nome di « cuore da soldato ». Su 30 fumatori, di cui 20 sani e 10 affetti da detta forma morbosa, che fumavano 4-5 sigarette in 40 minuti, hanno constatato che la media della frequenza del polso nei malati aumentava di 9 battiti al minuto, e di 6 nei sani. La frequenza del respiro nei pazienti non si modificava, nei sani si riduceva leggermente.

In tutti la pressione media sistolica si sollevava di 5-10 mm. Hg. e la diastolica di 5 mm.

Questi effetti comparivano dopo cinque minuti, alla fine della prima sigaretta raggiungevano il massimo e si mantenevano inalterati per tutto il periodo del fumo. Facendo fare uno sforzo ai pazienti prima del fumo si aveva un aumento della frequenza del polso che persisteva durante tutto il tempo in cui essi fumavano, la metà aveva anche disturbi del respiro e due dolori precordiali. Negli individui sani non si ebbero invece sensibili modificazioni del polso e solo due ebbero modificazioni del respiro.

Queste osservazioni dimostrano che negli individui sani abitualmente fumatori, il fumo di una sola sigaretta determina un aumento della frequenza del polso e della pressione vasale, ma questi effetti sono più pronunciati negli individui affetti da « cuore da soldato »

Il fumo di poche sigarette rende individui anche sani meno resistenti agli sforzi.

Secondo gli autori il fumo delle sigarette non può ritenersi una causa essenziale del così detto « cuore da soldato » ma certo esso costituisce un fattore capace di determinare disturbi del respiro e dolori precordiali. Per altro danni maggiori si hanno quando si aspira il fumo.

In conclusione i fumatori di sigarette sono individui che resistono meno alle dannose influenze fisiche e morali, che devono subire i soldatî nelle terribili condizioni della vita da trincea. Va quindi condannata la campagna che fanno alcuni giornali perchè sia aumentata la razione di sigarette ai soldati. Vero è che la guerra ha molto diffuso l'uso del fumo: una sigaretta riempie meravigliosamente le ore di ozio e distrae dalle mille preoccupazioni che hanno i soldati. Ma questo piacere è sproporzionatamente scontato dai danni che esso arreca alla salute ed al danno che induce nella efficienza dell'esercito rendendo meno forti e meno resistenti i soldati. *a. a.*

TERAPIA.

La sieroterapia antitetanica.

Da uno studio statistico di F. Golla (*Lancet* 29 dic. 1917) si desume che non risulta alcuna prezzabile differenza di mortalità da tetano, dopo l'introduzione della sieroterapia, quando

si tenga il debito conto delle modificazioni apportate alla malattia dalla profilassi.

Un segno dell'efficacia della sieroterapia potrebbe riscontrarsi esaminando il tempo trascorso fra l'inizio dei sintomi e quello del trattamento sia nei casi mortali che in quelli guariti. Ciò può farsi con una certa precisione negli animali, ma non nell'uomo, per cui occorrerebbero copiose statistiche di casi comparabili. Ad ogni modo dalle ricerche dell'A., in cui il periodo trascorso prima del trattamento variava da 30 minuti a tre giorni, non risulta alcuna relazione fra tale intervallo e l'esito della malattia.

Nemmeno esiste rapporto fra la quantità di siero iniettata ed esito della malattia; anzi in molti casi che finirono con la guarigione, si iniettarono quantità minori che in casi mortali.

Questi risultati stanno, in realtà, in contraddizione con gli esperimenti sugli animali in cui l'efficacia dell'antitossina non è dubbia. Probabilmente la fallacia della sieroterapia antitetanica nell'uomo significa che, nei casi gravi, i sintomi del tetano compaiono quando vi è nel sistema nervoso una quantità di tossine sufficiente per uccidere, quantità che non si trova nei casi più benigni. Di più mentre la tossina, nelle iniezioni agli animali si trova libera, nell'uomo il focolaio tetanico è chiuso da una parete infiammatoria inaccessibile all'antitossina, dal quale però la tossina può raggiungere il sistema nervoso. La questione andrebbe risolta *ex novo* sperimentando su animali con ferite settiche infettate da colture di tetano. FIL.

Le dosi di siero nella difterite.

Ogni angina difterica o difteroide (Comby, *Presse médic.* 24 gennaio) verrà trattata il più presto possibile, e *prima dei risultati dell'esame batteriologico*, con un'iniezione di siero, in quantità non mai inferiore a 20 cmc. e spesso con 40, 60, 80 cmc. (casi gravi, o trattati tardivamente).

Tale iniezione dovrà venire ripetuta entro le 24 ore secondo le indicazioni: certi casi esigono una dose totale di 200-300 cmc.

Nella lotta contro la difterite, il medico pratico non deve tener conto dei pericoli dell'anafilassi, praticamente trascurabili.

Sarebbe consigliabile che le ditte fabbricanti di siero mettessero in commercio i flaconi da 20 cmc. come *dose curativa*, riserbando quelli da 10 come dose preventiva.

FIL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'eziologia dell'ittero epidemico.

Secondo S. Cappellani e C. Frugoni (*Lo Sperimentale*, ottobre 1917) l'ittero epidemico delle nostre truppe, diffuso altresì alla popolazione civile, più che una malattia è una sindrome, corrispondente a momenti eziologici varî dei quali si possono affermare almeno due eziologie, la paratifosa e la spirochetica, che sono da ritenersi esistenti con percentuali variabili ed oscillanti da luogo a luogo e, nella stessa zona, di epoca in epoca.

La nostra forma da spirochete presenterebbe notevole differenza, sia da quella del Giappone (in cui si hanno sintomi emorragici notevoli, gravi condizioni generali ad alte cifre di mortalità) che da quella della fronte franco-inglese a sintomatologia imponente, con frequenza di sintomi meningitici, uremici, ecc.

Sorge dunque l'ipotesi che si tratti nella spirochete della fronte italiana, di ceppi a scarsa virulenza o di un organismo analogo, ma non identico a quello di Ito ed Inada.

Gli AA. considerano anche l'ipotesi che l'ittero spirochetico possa venire riguardato come una varietà di febbre ricorrente. Fra le spirochetosi di questo gruppo, va anche considerata una forma di spirochetosi asintomatica con esito in eliminatori sani di spirochetosi.

P. Sisto (*ibidem*) ritiene invece che si possa escludere che il Bac. paratifo B possa essere la causa dell'ittero epidemico che egli ritiene sempre di origine spirochetica.

Egli, riferendosi all'unico sintoma quasi assolutamente costante, propone di chiamare itterogene tale spirochete, che ritiene identico a quello degli autori francesi ed inglesi, rimanendo tuttavia incerto se debba identificarsi con quella degli autori giapponesi o con quello nodoso dei tedeschi, dato che l'infezione da noi è eccezionalmente emorragica e che lo spirochete non è mai nodoso.

FIL.

VARIA.

La visita medica per gli aviatori.

La visita medica per i candidati al corpo di aviazione riesce tuttora difficile perchè la esperienza al riguardo è ancora breve. L'aviatore deve possedere eccezionali qualità di mente e di corpo, ma è il medico esaminatore che deve conoscere per quanto è ora possibile tali qualità. In America, che si appresta a fare il più grande sforzo aviatorio nella guerra mondiale, gli esami medici per gli aviatori hanno acquistato una importanza veramente straordinaria. Ma i medici americani si avvalgono finora dei precetti che la più lunga esperienza ha suggeriti ai servizî sanitari degli eserciti europei dell'Intesa. Il dottor Walter, addetto al British Royal Flyng Corps (*Medical Press* rif. in *Medical Record* 27 ottobre 1917) discute gli attributi speciali degli aviatori. Questi devono essere capaci di fare quello che nessuno animale ha fatto finora: devono sostenere nello spazio di pochi minuti le più terribili alterazioni di altitudine, di temperatura, di pressione, di umidità e di luce. L'aviatore deve avere durante il volo i suoi sensi sempre desti, deve sapere percepire con la massima rapidità e precisione e nello stesso tempo trasmettere con la maggiore sveltezza ed esattezza gli impulsi del cervello alle sue dita. Deve essere capace non solo di una concentrazione mentale molto intensa ed acuta sul compito affidatogli, ma deve avere la completa padronanza dei suoi muscoli: una momentanea smemoratezza, il torpore, la confusione di un attimo, una vertigine, la mancanza di perfetta coordinazione possono causare un disastro. L'aviatore deve avere molta risolutezza ed iniziativa.

L'individuo in possesso di queste qualità specialmente mentali potrebbe fare l'aviatore, ma queste qualità purtroppo non sono accertabili ad un esame medico anche il più accurato. Il medico si deve limitare ad un giudizio generico sul temperamento del candidato, temperamento che può essere giudicato in via non sempre sicura mediante un esame psichico e nevrologico. Uno dei criterî più importanti di selezione è l'età. La giovinezza è un requisito indispensabile. L'aviatore deve possedere una perfetta elasticità dei nervi e muscoli, dei legamenti, delle ossa e dei vasi sanguigni.

Oltre all'esame psichico e nevrologico ed all'esame generale che deve accertare una perfetta integrità di tutti gli organi e sistemi occorre sopra tutto insistere sulle condizioni dell'orecchio, del naso e delle fauci.

Oltre all'esame preventivo occorre visitare il candidato dopo i primi voli per accertare come il suo organismo ha reagito. Al riguardo bisogna notare che quasi in tutti gli individui dopo i primi esperimenti aviatorî presentano una tachicardia che successivamente con l'abitudine non si manifesta più.

Walter infine osserva che il medico di un corpo di aviazione per ben rendersi conto delle necessità fisiologiche degli aviatori dovrebbe egli stesso addestrarsi ai voli. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(923) *Ricerca del sangue nelle urine itteriche.* — Al dott. F. P.:

Oltre ai soliti mezzi (tintura di guaiaco ecc.) può provare il seguente, che è appunto indicato per le urine itteriche.

A 20 cmc. di urina, aggiungere 5 cmc. di soluzione di acetato di zinco (a 5 %): si raccoglie il precipitato sul filtro e si stempera in 5 cmc. di acqua distillata; si rende limpida la soluzione con l'aggiunta di poche gocce di soluzione di potassa caustica (al 20 %). Vi si fanno poi cadere 3-4 goccie del reattivo (v. sotto) ed altrettante di acqua ossigenata.

La reazione si considera positiva quando — *nel limite di 30 secondi circa* — la miscela si fa giallo-oro o giallo-arancione con fluorescenza giallastra o verdastra. Il reattivo è così composto. *Soluzione a)* Eosina pura ctg. 50; alcool assoluto cmc. 100. *Soluzione b)* Potassa caustica gr. 2,5, acqua distillata gr. 2. Nella soluzione *b)* si versano 10 cmc. della soluzione *a)* e si tiene in bagno-maria bollente per 8'-10'. Il liquido assume colore indaco con minima fluorescenza verdastra. Dopo raffreddamento si aggiungono poche goccie di alcool assoluto, per compensare le perdite durante l'ebollizione. Il reattivo si tiene in ambiente fresco, al riparo dalla luce. È importante notare il tempo in cui avviene la reazione, giacchè essa può essere spontaneamente positiva dopo 8'-15'.

Si può anche fare la ricerca dei cristalli di emina. Per ciò: aggiungere all'urina qualche goccia di ammoniaca, poi una soluzione di acido tannico fino a reazione leggermente acida. Si filtra; dal precipitato fioccoso si preleva una piccola quantità (con un filo di platino) ponendolo sopra un vetrino porta-oggetti, aggiungendovi un cristallino di cloruro di sodio, una goccia di acido acetico e scaldando poi con somma precauzione fino a secchezza. Si formano così dei cristalli di cloridrato di ematina, riconoscibili al microscopio. La reazione è assai delicata e va eventualmente ripetuta.

Un altro mezzo per accertarsi della presenza di sangue (non di emoglobina) è la ricerca delle emazie al microscopio, nel sedimento, o nel centrifugato. FIL.

(924) All'abb. n. 1868:

Non ci consta il fatto da lui accennato. La facile guarigione delle ferite al cuoio capelluto si osserva dovunque. *ini*

(925) All'abb. n. 3532 suggeriamo:

F. LABADIE, LAGRAVE e F. LÉGUEU, *Traité médico-chirurgical de Gynecologie*, Paris, F. Alcan, 1914 (4ª ediz.), prezzo 30 frs. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

LA TORRE prof. FELICE. *L'utero attraverso i secoli da Erofilo ai giorni nostri.* Un vol. in-4° di pag. 823, con numerose figure e tavole cromolitografiche fuori testo. Unione Arti Grafiche, Città di Castello. Prezzo L. 50.

La struttura dell'organo della generazione rimane ancora imprecisata, specialmente sopra varî particolari in stretto rapporto con la funzione ostetrica. La deficienza delle nostre cognizioni viene ampiamente dimostrata dall'A., nell'interessante monografia storica, che forma la prima parte dell'opera. In essa vengono riportate le descrizioni, che sono state lasciate dai più antichi autori fino ai modernissimi. Il cambiamento delle idee, la loro evoluzione verso la perfezione, vengono illustrate anche con la riproduzione di tavole anatomiche, di figure tratte dagli antichi come dai moderni.

Nella seconda parte l'A. espone i risultati delle ricerche personali, di istologia, di fisiologia, di farmacologia sul complesso problema. Esse mettono in rilievo l'importanza del tessuto elastico derivante dal foglietto peritoneale nella protezione del parenchima uterino, la struttura della tunica muscolare, e specialmente ci danno un concetto chiaro sull'innervazione uterina. L'utero ha funzione autoctona, come quella del cuore, ed è provvisto di centri funzionali, costituiti dal sistema ganglionare, in esso contenuto e scoperto dall'A.

Importanti sono anche le ricerche farmacologiche, da cui risulta, p. e., che certi preparati opoterapici — molto vantati come eutocici — non determinano, a piccole dosi, modificazioni nei tessuti uterini ed a grandi dosi possono riuscire dannosi.

Le pregevoli ricerche del La Torre lacerano in gran parte il velo in cui s'avvolgeva misteriosamente la funzione uterina. I. P.

L. LOVADINA. *Il trigemino.* Siena, Stabilimento tipografico S. Bernardino, 1917.

Il dottor Lovadina ha tratto profitto di una resezione completa del ganglio di Gasser a scopo terapeutico per raccogliere in una pregevole monografia tutto quanto finora si conosce sull'anatomia, la fisiologia e la patologia del trigemino. La sintomatologia degli stati morbosi di questo nervo, come è nota, è tra le più moleste e fra le più resistenti ai molteplici espedienti terapeutici tentati, tanto che si è perfino ricorso ad interventi chirurgici che per la loro difficoltà e la gravità delle possibili conseguenze sembrano in apparenza sproporzionati ai fatti clinici che si ha lo scopo di rimuovere. Di questi atti operatorî l'A. con ricchezza di particolari e con molta chiarezza indica la tecnica, venendo alla conclusione che innanzi tutto vanno tentate le operazioni minori ed in caso di insuccesso ricorrere alle demolizioni centrali. Al riguardo egli ritiene che il metodo consigliato da Krause sia il più perfetto anche nei rapporti degli avvenimenti post-operatorî.

Il libro si chiude con una ricca bibliografia.

Tutto sommato si tratta di una monografia completa, perfetta su un argomento del maggiore interesse. La lettura di questo libro fa sperare che anche in Italia sarà seguito con successo il sistema delle pubblicazioni su argomenti particolari, il quale è già in uso in altri paesi. *a. a.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza e protezione degli invalidi di guerra.

In relazione alla legge 25 marzo 1917, la Direzione generale di Sanità militare ha emanato delle norme che regolano la posizione di questi gloriosi figli della Patria e provvedono ad assisterli in modo da rendere meno grave la loro invalidità, addestrandoli ad opere individualmente e socialmente utili.

La prima raccolta degli invalidi si pratica nei due centri di Mantova e di Bari (per le provenienze dall'Oriente), in cui vengono trasferiti, dagli ospedali di primo ricovero, i militari con gravi amputazioni od affetti da lesioni osteo-articolari alle quali è da presumere che consegua storpiaggine definitiva.

Sono esclusi da questi centri gli ultra invalidi, in cui per la gravità e molteplicità delle ferite è da presumersi che non possano più adattarsi a lavoro proficuo, o nemmeno possano provvedere da sè alla vita vegetativa. Questi vengono invece trasferiti in un apposita sezione a Firenze, nell'attesa che l'Opera nazionale prenda provvedimenti definitivi.

Dai centri di prima raccolta, gli invalidi vengono smistati nelle *sezioni regionali di primo concentramento*, istituite nei territorî dei corpi di armata di Torino, Milano, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo, in cui si continuano e completano le cure necessarie alla *guarigione chirurgica.*

Passano poi alle *sezioni specializzate di secondo concentramento*, destinate alle cure fisiche ed ortopediche opportune per la migliore adattabilità del moncone alla protesi e per il funzionamento, e per ridurre al minimo i postumi di lesione e le menomazioni funzionali secondarie.

Frattanto vengono compiute tutte le formalità necessarie ed i provvedimenti medico-legali, perchè la posizione di riforma dell'invalido sia definita entro i sei mesi destinati alla rieducazione.

Durante il periodo di primo e di secondo concentramento, viene sommamente curata la *rieducazione psicologica e morale dell'invalido*, in modo da convincerlo della possibilità e convenienza di riapplicarsi ad un proficuo lavoro; gli si fanno frequentare corsi di istruzione elementare, addestrandolo altresì a piccoli lavori manuali.

In seguito, dopo un breve periodo di licenza, i mutilati, che desiderano riadattarsi all'antica professione o impararne una nuova, passano alle *scuole di rieducazione* a cui vengono assegnati sempre con criterî regionali, ed in cui si trattengono per un periodo di sei mesi.

Sono queste istituzioni civili create e funzionanti per opera dei Comitati di assistenza, ma riconosciute ed autorizzate dall'Autorità militare, la quale esercita su di esse una sorveglianza igienico-sanitaria e disciplinare.

Speciale importanza viene data alla provvista degli *apparecchi di protesi,* che vengono forniti da officine diverse (nazionali, regionali, laboratori di adattamento e rifinitura), e collaudati da speciali commissioni.

Le officine nazionali si trovano a Milano ed a Bologna (Istituto Rizzoli), le regionali presso le scuole di rieducazione di Torino, Firenze, Roma, Napoli e Palermo.

Queste officine fabbricano gli apparecchi di protesi, sia estetici che da lavoro, su modelli in gesso. A tutte le spese per tale fornitura provvede l'Amministrazione militare, dopo essersi accertata mediante adeguati collaudi della buona qualità delle protesi fornite.

Oltre ai mutilati degli arti, le norme predette provvedono altresì agli altri invalidi di guerra, e cioè: 1°) *ai ciechi*, che, dagli ospedali speciali per ferite d'occhi, vengono concentrati negli istituti speciali di Milano, Firenze, Roma, Napoli e Catania; 2°) *ai sordi completi per lesioni organiche*, che vengono pure trasferiti in speciali istituti di rieducazione; 3°) nei centri stomatojatrici vengono diretti i *militari affetti da gravi mutilazioni della faccia;* 4°) ai centri neurologici sono destinati *gli infermi con lesioni organiche o funzionali del sistema nervoso.* Per questi viene consigliato di trasferire presto al centro specializzato i feriti del sistema nervoso, mentre si consiglia di trattenere i funzionali con fenomeni neurotici o psicotici acuti, quanto più sia possibile prossimi alla zona di guerra. Anche a questi invalidi vengono provveduti apparecchi di protesi: ai paralizzati degli arti inferiori si concede una poltrona a ruote per auto-trasporto.

Le predette norme stabiliscono anche le modalità per i sussidî alle famiglie bisognose degli invalidi.

Per quanto riguarda gli invalidi per altre infermità, le direzioni degli ospedali militari segnalano i casi alle rappresentanze provinciali dell'Opera nazionale, per i provvedimenti stabiliti dalla legge.

FIL.

Profilassi del vaiolo.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. di Sanità) ha inviato ai Prefetti la seguente circolare:

Dai bollettini settimanali di denunzia delle malattie infettive le SS. LL. hanno certo rilevato che casi di vaiuolo verificansi con qualche frequenza in più parti, riuscendo persino a costituire focolai epidemici.

Si richiama perciò la particolare attenzione delle SS. LL. sulla urgenza di opportuni provvedimenti, diretti ad impedire l'ulteriore diffusione del vaiuolo, ed a reprimere con prontezza ed energia ogni eventuale conato di manifestazione epidemica, la quale, nelle presenti contingenze, sarebbe favorita dallo intenso movimento di truppe e di profughi.

Occorrerà anzitutto che l'Amministrazione provinciale, cui compete, faccia richiesta, senza indugio, agli Istituti produttori, di larga scorta di vaccino antivaiuoloso, in modo che possano intensificarsi non solo le vaccinazioni ordinarie, ma anche quelle straordinarie per la collettività, gli opifiici, le scuole e per tutta o parte della popolazione, secondo che a giudizio delle SS. LL. lo richiederanno le speciali condizioni delle singole località.

Il medico provinciale dovrà poi portare il proprio esame sulla efficacia del vaccino adoperato e dovrà personalmente vigilare che il servizio delle vaccinazioni si pratichi in tutti i Comuni con la massima diligenza e con il dovuto rigore anche e specialmente per quanto riguarda il regolare controllo degli esiti, provvedendo con energia a colmare eventuali deficienze.

In quei Comuni, poi, in cui si siano manifestati o si manifestino in avvenire casi di vaiuolo, oltre ad intensificare le vaccinazioni, dovranno assicurarsi nel modo più rigoroso possibile l'isolamento dei malati in appositi locali, la cauta vigilanza sanitaria delle persone che hanno preso contatto con essi, ed efficaci larghe disinfezioni.

E perchè manifestazioni lievi di vaiuolo non passino inosservate, converrà di richiamare i sanitari alla rigida osservanza della sollecita denunzia dei casi di vaiuolo, anche se sospetti, e di quelli di vaiuoloide, ed imponendo del pari con apposita ordinanza, l'obbligatorietà della denunzia della varicella.

Essendosi poi constatata la comparsa di casi di vaiuolo tra i profughi, si raccomanda vivamente di disporre che venga eseguita la rivaccinazione generale di essi, fatta solo eccezione per quelli, che il medico vaccinatore riconosca doversi, per ragioni speciali, dispensare.

Di ogni eventuale nuova manifestazione di vaiuolo il Ministero gradirà avere pronta notizia telegrafica con l'indicazione dei provvedimenti adottati.

Non fa d'uopo aggiungere altre parole per insistere sull'altissima, capitale importanza che rivestono le norme, di cui nella presente circolare. Il vaiuolo, largamente diffuso in talune Nazioni europee, costituisce una grave minaccia anche per l'Italia ove, come si è detto, si sono costituiti alcuni focolai.

Lotta antimalarica.

Istruzioni sono state impartite dal Ministero dell'Interno nei riguardi della più efficace e completa attuazione della lotta antimalarica, e vive premure sono state rivolte ai Prefetti, perchè l'azione di lotta felicemente iniziata, fosse proseguita con metodica perseveranza ed intensificata, in modo da assicurare la più ampia e completa realizzazione dei benefici intenti, cui sono ispirate le provvide leggi sulla malaria. E ciò tanto più ora, in quanto l'epidemia malarica, nell'ultimo triennio, per un complesso di varii fattori e di molteplici contingenti, si è manifestata in buona parte del Regno sotto forma molto grave e diffusa.

Nelle Commissioni contro l'alcoolismo.

Il Ministero dell'interno (Direzione generale della Pubblica Sisurezza) ha trasmesso ai Prefetti una circolare intorno alla rinnovazione di membri elettivi nelle Commissioni provinciali contro l'alcoolismo.

Nella Cassa Nazionale di Maternità.

Un decreto luogotenenziale dispone che per ogni parto o aborto nel periodo dal 1° gennaio 1918 fino a sei mesi dopo la conclusione della pace, la Cassa nazionale di maternità è autorizzata a concedere, in aggiunta al sussidio normale di L. 40 stabilito dalla legge che la disciplina, un sussidio straordinario di L. 10, nei limiti degli avanzi netti verificatisi negli esercizi 1916 e 1917 e di quelli che si verificheranno fino alla scadenza del periodo predetto.

Per le refezioni scolastiche.

Il Ministero dell'Interno ha stanziato venti milioni per facilitare ai piccoli Comuni rurali l'acquisto dei consumi popolari, e specialmente del grano. I Prefetti, a disposizione dei quali tale somma è stata messa, non hanno nascosto le gravi difficoltà pratiche che si oppongono a una razionale erogazione dei venti milioni. Se si tratta di sopperire a tutte le necessità degli approvvigionamenti, lo stanziamento è irrisorio. Se invece si tratta di lenire soltanto alcune sofferenze della guerra, il fondo è abbondante.

L'on. Berenini e il comm. Cancellieri, considerando che la refezione scolastica, esercitata a mezzo dei Patronati, opportunamente riorganizzati, sarebbe uno dei mezzi migliori per venire in aiuto delle classi povere delle città e delle popolazioni agricole, hanno subito cercato di ottenere parte della cospicua somma. I loro sforzi sono stati coronati dal successo. Hanno chiesto e ottenuto cinque milioni, che saranno amministrati non dai Prefetti, ma dalla Direzione Generale della Istruzione Primaria, e saranno totalmente erogati per la refezione scolastica.

A tal uopo il Ministero della P. I ha inviato ai Regi Provveditori una circolare per ottenere le notizie preliminari, e in base ad esse poter procedere alle assegnazioni.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli impiegati delle amministrazioni locali.

L'On. Sanarelli e molti altri Deputati hanno interrogato i Ministri dell'Interno e della Pubblica Istruzione per sapere se non ritengano umano e doveroso il provvedere a che siano estesi anche ai maestri elementari e agli impiegati delle Provincie, dei Comuni e delle Opere Pie, i miglioramenti di stipendio testè accordati agli impiegati governativi.

Contro i medicinali provenienti da paesi nemici.

L'on. Sanarelli ha interrogato i Ministri dell'Industria, dello Interno, della Guerra e della Marina per sapere se, di fronte all'accertata provenienza tedesca di non pochi prodotti medicinali che, con simulata etichetta svizzera, invadono ancora l'Italia, non credano necessario, anche a tutela della buona fede commerciale e dell'industria nazionale, di vietare l'importazione nel Regno e l'uso di tali medicinali negli Ospedali civili e militari, specialmente quando sia constatato che essi possono essere vantaggiosamente sostituiti da prodotti analoghi offerti dalla industria nazionale.

Cronaca del movimento professionale.

Per i militari studenti del 3° e 4° corso di medicina. — Con recenti disposizioni tutti i militari — non ufficiali — mobilitati e non-mobilitati, inscritti al 3° e 4° corso di medicina, saranno inviati alle sedi delle rispettive università per frequentarvi corsi accelerati.

Questi studenti, in numero complessivo di oltre 2300, saranno inquadrati in *speciali reparti studenti* alla dipendenza del Comando Supremo. Ai giovani studenti sono assicurate condizioni di trattamento e libertà di studio tali che essi possano trarre il maggiore profitto dagli insegnamenti che verranno loro impartiti.

Il provvedimento ebbe già applicazione per gli studenti militari addetti alle compagnie di sanità. Per quelli che prestano servizio in altri corpi e reparti, furono richiesti i documenti necessari per il loro passaggio alla sanità militare. Questo avvenuto, frequeteranno anch'essi i corsi accelerati, il cui scopo è essenzialmente di giovare al servizio sanitario.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7121) *Competenze militari.* — Dott. D. D. B. da N. — L'ufficiale che è posto in congedo per malattie dipendenti da causa di servizio contratta in zona di guerra conserva tutto lo stipendio e gli assegni che percepiva durante il tempo in cui prestava effettivo servizio. Del pari restano integri, mentre si usufruisce del congedo, gli obblighi del Comune fra cui quello di corrisponderle la differenza dello stipendio qualora Ella percepisse dalla amministrazione militare somma minore.

(7140) *Pensioni.* — Abbonato 198. — Il determinare se una infermità sia stata o meno contratta in servizio od a causa del medesimo, non dipende dal criterio subbiettivo di chi deve attribuire la pensione. Il tutto deve constare da un certificato medico redatto in base agli elementi contenuti nello articolo 59 del regolamento approvato con D. L. del 7 gennaio 1917, n. 295. Esso certificato deve essere rilasciato a spesa dello interessato, su richiesta dell'ufficio sanitario provinciale, in seguito a visita collegiale presieduta dal medico provinciale, con l'intervento di due medici militari in attività di servizio e deve specificatamente descrivere l'indole della malattia, la causa che la produsse e le conseguenze che ne derivarono dichiarando esplicitamente se a giudizio del collegio, in conseguenza di tale infermità, il sanitario sia divenuto inabile a prestare ulteriore servizio.

(7141) *Esoneri dal servizio militare.* — Dottor C. C. da F. — La circolare del Ministero della Guerra e dello Interno del 28 dicembre scorso, numero 20400, stabilisce che entro un mese dalla sua pubblicazione le Prefetture dovranno sottoporre a nuovo esame tutte le dispense e gli esoneri già concessi. La revoca delle dispense concesse a cocoloro che non possono dimostrare di aver prestato almeno un anno di servizio militare in zona di guerra, è tassativamente stabilita dalla circolare predetta che ammette la sostituzione di tali medici presso le Amministrazioni civili con altri sanitari che tale servizio abbiano prestato, salvi i casi accertati e senza dubbio rarissimi di vera e propria indispensabilità personale. Se la pratica del nuovo esonero non sarà definita, non ha obbligo di presentarsi sotto le armi. Avrà certamente, a tempo debito, regolare notifica, che può servire come precetto. Nulla si oppone a che Ella rivolga opportune sollecitazioni alla Prefettura perchè affretti il prescritto parere sulla proposta di esonero.

(7142) *Esoneri dal servizio militare.* — Dott. G. B. B. da B. di C. — Tutti gli esoneri già concessi in virtù del D. L. del 21 aprile 1916, n. 469, sono sottoposti a nuovo esame e possono essere revocati qualora la Commissione, all'uopo istituita, non ravvisi ragioni di pubblico interesse per mantenerli. La circolare del Ministero della Guerra e dello Interno del 28 dicembre 1917, n. 20400, dichiara che saranno revocati tutti gli esoneri e le dispense concesse ai medici che non abbiano prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra. Detti sanitari saranno sostituiti presso le Amministrazioni civili con altri che tale servizio abbiano pre-

stato, salvi casi accertati e senza dubbio rarissimi di vera e propria indispensabilità personale. L'iniziativa per il riesame delle dispense è presa dalla Prefettura. Ella deve, quindi, rimanere al suo posto ed attendere le superiori decisioni. Nel caso esposto nel quesito non pare vi sia ragione di concedero l'esonero allo interino per fargli occupare il posto di un titolare, che viceversa dovrebbe andare sotto le armi. È, a nostro giudizio, evidente che in fatto di esoneri deve essere sempre preferito chi è titolare della condotta, tanto più che solamente il titolare può dimostrare di essere stato assunto stabilmente in servizio prima dello inizio della guerra, condizione questa indispensabile per ogni concessione di esonero tanto a medici non ancora chiamati, quanto a quelli che già trovansi sotto le armi.

(7143) *Dispensa dal servizio militare.* — Dott. A. I. da M. — Non trovandosi sotto le armi, può avvalerlsi, in quanto alla dispensa, del disposto dello articolo 1° del D. L. 9 dicembre ultimo, numero 1985, per cui non è richiesta la condizione della inabilità permanente alle fatiche di guerra. La dispensa è disposta dal Ministero della Guerra, dietro parere di una Commissione espressamente istituita presso la Prefettura. L'iniziativa è della Prefettura stesssa e si decide a secondo si ritenga l'opera del sanitario insostituibile ed indispensabile nell'interesse del servizio civile. Dovrà percepire l'intero stipendio di medico condotto non solo fino a quando presterà effettivo servizio comunale, ma anche due mesi dopo ottenuta la nomina ad ufficiale e ciò pel disposto del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420. Per stabilire la somma che mensilmente deve corrispondere il Comune occorre tener presente le competenze che riceve pel posto di condotta di cui è titolare e per quello in cui supplisce da diversi anni il titolare.

(7144) *Dispensa dal servizio militare.* — Dott. G. M. da Z. — Stando a quanto Ella ha esposto non pare dubbio che debba essere riconfermato nella dispensa a suo tempo ottenuta. Tutte le dispense sono implicitamente revocate in quanto che esse sono sottoposte a nuovo esame per iniziativa della Prefettura. Contro il diniego della dispensa o dello esonero non è concesso diritto a ricorso ad altra autorità.

(7145) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dottor G. S. da R. — Per determinare il contributo del centesimo di guerra occorre moltiplicare l'ammontare dello stipendio lordo per 0,375 %. Poichè Ella percepisce lo stipendio lordo di lire 300 mensili si deve tale somma moltiplicare per la suddetta frazione. Si ottiene così la somma di lire 1.12 che è quella che si deve su tale stipendio mensilmente pagare per detto titolo. Avvertiamo che gli impiegati comunali furono dispensati dal pagare il secondo centesimo di guerra per effetto del D. L. del 27 agosto 1916, n. 1102. La somma di lire 6,00 che, come Ella assicura è trattenuta dallo Esattore, non è pertanto giustificata.

(7146) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. M. C. B. da N. — Poichè al servizio di assistenza sanitaria si è provveduto finora in codesto Comune mercè l'opera di tre medici viciniori di classi anziane e liberi da obblighi di leva, potrebbe non essere concesso ora l'esonero al titolare, mancando la condizione indispensabile di essere insostituibile, giusta quanto prescrive la lettera *c)* dello articolo 1° del D. L., n. 1985, del 9 dicembre ultimo. Doctor Justitia.

Servizio medico-militare. — Al dott. V. V. da P.:

Se il collega intende parlare della chiamata alle armi dei medici cui fu revocato l'esonero potrà consultare la circolare 811 del G. M. 1917.

All'abb. n. 4689:

Le promozioni sono fatte in base agli specchi di avanzamento inviati dalle varie autorità militari al Ministero.

Nel suo caso forse sarebbe utile un reclamo al Ministero per far risultare l'errore.

Per la nomina a capitano di complemento i titoli da lei posseduti per quanto importanti non bastano. Occorre aver conseguito da oltre due anni la libera docenza in speciali discipline, che abbiano importanza per la pratica medico-militare, oppure aver oltre 15 anni di esercizio professionale, ed aver comprovato l'idoneità al grado suddetto.

All'abb. n. 8431:

Essendo ella stato dispensato con decreto del 4 febbraio 1917 non dovrà presentarsi alla nuova visita che concerne tutti i dispensati sino al 31 dicembre 1916.

All'abb. n. 6214:

Se l'esonero le verrà revocato potrà chiedere di venir visitato al Comando del Distretto che lo precetterà.

Dati i 15 centimetri... ecc. è probabile che sarà fatto a Firenze (ove verrà inviato in secondo tempo) abile a servizio *condizionato.*

All'abb. n. 8742:

Tutte le domande di gradi in base alla circolare n. 734 del 1916 debbono essere rivolte al Ministero della guerra.

È poi una Commissione speciale che si pronunzia sull'entità del titolo presentato, compresa la disciplina nella quale è stata conseguita la libera docenza, per la concessione del grado di capitano.

I due anni pei liberi docenti devono decorrere dal giorno dell'ottenuta abilitazione.

All'abb. n. 4011:

Se le verrà, come probabile, revocato l'esonero, sarà regolarmente precettato e si dovrà presentare al suo distretto.

Spetterà poi al Distretto darle le opportune istruzioni sul modo come si dovrà mettere a disposizione della locale Direzione di Sanità.

Se desidera essere nominato ufficiale di complemento in base agli anni di carriera ed agli altri titoli che possiede dovrà, appena precettato, farne regolare domanda.

Altrimenti potrà chiedere la nomina a sottotenente della milizia territoriale, rimanendo poi sempre a prestar servizio con tale grado.

All'abb. n. 1384:

La chiamata riguarda anche gli ufficiali medici dispensati dal servizio militare per infermità.

Le modalità della visita saranno fissate dai vari Comandi di corpo d'armata territoriale.

All'abb. n. 6586:

Perchè possa spettarle un trattamento di pensione occorre che sia dichiarato che la malattia da cui è affetto è stata contratta per cause o almeno *per condizioni* dipendenti dal servizio.

Ritengo che ciò sia facile ad ottenere date le odierne disposizioni ed i decreti luogotenenziali che disciplinano tale materia.

Una volta stabilito ciò, oltre la pensione le compete anche l'assistenza che l'Opera Nazionale si è assunta verso tutti gli invalidi di guerra.

Circa il distintivo viene per ora concesso solo a coloro che hanno riportate delle vere e proprie mutilazioni anatomiche.

All'abb. n. 8581:

Data la relativa anzianità della sua classe è poco probabile che l'esonero le venga revocato.

All'abb. n. 734:

Se le verrà tolto l'esonero occorre ella presenti al Ministero regolare domanda annettendo tutti i documenti e titoli (atto di nascita, certificato penale, titoli di studio, ecc.).

Avendo 19 anni di laurea sarà assunto in servizio col grado di capitano con lo stipendio di L. 4000 annue, più le indennità a seconda del genere di servizio al quale sarà addetto (zona di operazioni, retrovie, zona territoriale, ecc.).

All'abb. n. 2819:

Data l'anzianità della sua classe l'esonero le potrà essere confermato.

Nel caso ciò non fosse le spetterebbe il grado di capitano.

È probabile che in tal caso, data la sua anzianità, acc., venga lasciato a prestar servizio nel territorio del Corpo d'Armata ove ha la residenza, ma tale regola può essere infirmata per eventuali contingenze di servizio.

All'abb. n. 3108:

Non è possibile determinare quando Ella sia per esser precettato. Certo se l'esonero le verrà revocato la precettazione seguirà ben presto.

Dati i 15 anni di laurea compiuti le spetterebbe il grado di capitano, e per ottenerlo Ella dovrà dopo avuto il precetto presentare regolare domanda, allegando i titoli.

Non vi è alcuna formalità da seguire per ottenere uno piuttosto che un altro servizio — circa quello sui treni ospedali si osserva che è piuttosto difficile ottenerlo perchè molti dei detti treni sono della Croce Rossa e vi presta servizio il personale proprio della benemerita Associazione.

Comunque, può esporre il suo desiderio al Direttore di Sanità al quale dovrà presentarsi. Se ha residenza a Como potrà per delegazione esser chiamato dal distretto locale.

M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Salvi Giunio, ordinario di anatomia umana, è nominato preside della Facoltà medica di Parma.

Il prof. Longo Antonino, direttore della Clinica pediatrica di Catania, è promosso al grado di ordinario.

Sono stati incaricati i professori: Bidone Ettore, di clinica ostetrica e ginecologica a Bologna; Pari Giulio Andrea, di patologia medica a Padova.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavaliere: prof. Pedrazzoli Guido, Milano.

Ordine della Corona d'Italia.

Ufficiali: Tomai Giuseppe, Venezia; Recchi Gino, Roma.

Cavalieri: Tesei Settimio Emidio, Ancona; Tognetti Alfredo, Roma; Diez Salvatore, Roma; Fasolis Carlo, Torino; Della Cella Faustino, Verona; Muccioli Elio, Venezia.

ALBO D'ORO.

ONORIFICENZE CONCESSE DAL COMANDO DEGLI ESERCITI ALLEATI AD UFFICIALI MEDICI DIPENDENTI.

Croce di guerra: Ricciardi dott. Vincenzo, ten. med., e Severi dott. Pompeo, ten. medico.

Croce di guerra con stella: Moscati dott. Tomaso, capitano medico.

Medaglia d'oro delle epidemie: Angiolani dottor Silvio, capitano medico, e Tirelli prof. Elio, tenente colonnello.

Cavaliere della Legion d'onore: Tirelli professor Elio, tenente colonnello.

Medaglia vermeil delle epidemie: Pontano dottor Tomaso, capitano medico.

Medaglia d'argento delle epidemie: Giorgi dottor Gaetano, cap. medico; Lucci dott. Amerigo, cap. med.; Panconesi dott. Carlo, cap. med.; Ribolla dott. Romolo, cap. med.; Orgnieri dott. Angelo, ten. medico.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. CARLO PIZZINI, direttore dell'Ospedale di S. Croce a Soresina, ha perduto in guerra l'unico figlio maschio, ANTONIO, di anni 22, studente al 3° di Legge presso l'Università di Roma, sottotenente del 118 fanteria: il 22 ottobre 1915 cadeva combattendo a Monfalcone. Fu colpito il secondo giorno da che era in trincea, all'assalto di un tunnel nella quota 85 a nord-est di Mandria. La relazione ufficiale dice...... «egli volle andare ritto avanti i suoi soldati; una scheggia di granata lo colpiva alla tempia destra».

Il dott. ALESSANDRO LAGHI, da Rosarno (Reggio Calabria, ha perduto in guerra il figlio GIUSEPPE, aiutante di sanità, studente al 4° anno di medicina presso la facoltà medica di Roma.

NOTIZIE DIVERSE

Istituto climatico della Croce Rossa.

Si è inaugurato in Fara Sabina l'Istituto Climatico della Croce Rossa Italiana «Emilio Maraini».

Donna Carolina Maraini ha donato alla Croce Rossa la proprietà immobiliare, cioè l'antico convento di S. Francesco, per onorare la memoria del suo compianto consorte che della nobile Istituzione era attivissimo vice-presidente. La nostra Croce Rossa ne ha fatto un magnifico ospedale militare di carattere permanente, che è oggi pronto a ricevere ben 100 soldati infermi.

L'inaugurazione fu fatta dal Presidente della C. R. I., sen. Della Somaglia, che alla munifica donatrice espresse la gratitudine dell'Istituzione. Assistevano alla cerimonia il gen. Gerundo e il maggiore Mendes, in rappresentanza della Sanità Militare, il comm. Messea per la Sanità Pubblica, il dott. Ferand e i maggiori Colline e White, della Croce Rossa Americana, il magg. Poli dell'Università di Genova, il duca Torlonia, presidente del Comitato Regionale di Roma, ed altre autorità.

Il servizio sanitario per i profughi a Torino.

Il Municipio di Torino ha adottato le seguenti disposizioni, concordate con l'Ufficio municipale d'igiene diretto dal comm. Abba.

I profughi alloggiati nei ricoveri ricevono nei ricoveri stessi ogni assistenza e la visita quotidiana del medico delegato dal Municipio. I medici prestano volontariamente l'opera loro sotto la direzione del prof. Benedetto Morpurgo, che ogni giorno ispeziona i ricoveri e vigila sulle loro condizioni igieniche.

I profughi esterni alloggiati in appartamenti privati o nelle case popolari municipali, ricevono pure gratuitamente il trattamento sanitario. A tal uopo possono rivolgersi direttamente alla Sezione di polizia municipale, tanto urbana quanto suburbana, del rione in cui abitano, e fare richiesta del medico condotto, il quale si reca a visitare l'ammalato e lo assume gratuitamente in cura, se crede possa restare a domicilio, e lo segnala all'Ufficio d'igiene, se giudica debba essere ricoverato in un ospedale, e rilascia le ricette per i medicinali gratuiti, forniti dalle farmacie di Torino.

Il Municipio ha istituito presso l'ospedale San Giovanni una succursale (via Passalacqua, 4) per il ricovero di malati gravi, stanziando 120.000 lire: e colà prenderanno ricovero anche i profughi.

Per i casi di tubercolosi l'Amministrazione municipale provvede al ricovero dei profughi presso l'ospedale San Luigi, avendo avuto garanzia che vi saranno adibiti cento nuovi letti, per i quali il Municipio ha stanziato L. 120.000.

La qualità di profugo è determinata dalla tessera rilasciata dall'Ufficio Provinciale.

Gli interessati possono rivolgersi per spiegazioni all'Ufficio d'igiene municipale, oppure all'Ufficio provinciale profughi.

Con tali facilitazioni i profughi, ospiti di Torino, sono largamente trattati come cittadini torinesi.

La Provincia di Milano per i tubercolotici.

Il Consiglio Provinciale di Milano, ascoltata la relazione di apposita Commissione nominata nel 1916 allo scopo di studiare il problema della tubercolosi nella Città e provincia e di proporre i mezzi di lotta più adatti, ha votato i seguenti stanziamenti: lire 100,000 per l'istituzione di dispensarii, altre lire 100,000 per posti di isolamento e di cura; lire 30,000 per contributo alle diarie richieste dai sanatorii per il ricovero di ammalati poveri, e lire 500,000 quale concorso della Provincia per l'erezione di un nuovo sanatorio di 200 letti.

Colonia diurna per bambini gracili in Roma.

È stato inaugurato a Roma, nella Villa Umberto, un asilo per i bambini gracili e predisposti alla tubercolosi; esso ha una capacità iniziale di 50 posti; è sorto ad opera del Comitato di organizzazione civile, ed è posto sotto la vigilanza di speciale Commissione Sanitaria. È intendimento del Comitato organizzatore di moltiplicare rapidamente il numero di queste colonie diurne, e di continuare l'esercizio anche nel dopo-guerra.

Commissione per l'igiene scolastica.

Presieduta dal Sottogretario di Stato on. Roth, si è adunata, presso il Ministero dell'Istruzione, la Commissione reale per l'igiene scolastica, la quale ha ripreso i lavori rimasti sinora interrotti, occupandosi fra l'altro della assistenza ai figli dei tubercolotici di guerra, iscritti negli asili e nelle pubbliche scuole; dei bagni nelle scuole elementari; delle scuole all'aperto; dell'insegnamento dell'igiene per i corsi di perfezionamento per i diplomati delle scuole normali.

La Commissione si è prorogata per dar tempo agli uffici competenti, diretti dal comm. Cancellieri, di preparare il lavoro necessario per giungere a pratiche conclusioni.

Commissione per l'assicurazione malattie.

Su proposta di S. E. Ciuffelli, Ministro dell'industria, commercio e lavoro, con decreto luogotenenziale in data 10 corrente, il comm. avv. Foscolo Bargoni, Direttore generale della Cassa nazionale infortuni, è stato chiamato a far parte della Commissione per lo studio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Le dimissioni di Justin Godart.

Il sottosegretario di Stato per i servizi sanitari militari in Francia, on. Justin Godart, ha rassegnato le sue dimissioni in seguito a un vivace incidente di seduta provocato da un'interpellanza sul caso del soldato Vacher, che si era fatto passare falsamente per maggiore medico.

Justin Godart occupava il posto da due anni e mezzo. Un pò alla volta egli si era guadagnata la stima generale. In molte circostanze critiche la Camera ed i vari Governi succedutisi in Francia gli avevano attestato la propria fiducia: difatti il suo sotto-dicastero era stato messo al sicuro dalle fluttuazioni politiche.

Egli aveva reso dei servizi segnalati al Corpo sanitario militare, all'esercito ed al paese ed aveva

acquistato una competenza a tutta prova nei servizi sanitari, pur non essendo medico, ma avvocato.

Per rimeritarnelo, una meschina congiura di corridoio lo ha costretto a ritirarsi.

La peste in Russia.

Le condizioni della Russia si vanno facendo ogni giorno più gravi. Col disgregarsi di tutta la vita civile e col paralizzarsi di ogni attività, una infermità si è liberata ed ha impreso la sua marcia tremenda: la peste, accompagnata da molti altri morbi infettivi che la umanità era riuscita ad arginare con la sua più perfetta organizzazione civile.

Il regno della barbarie ha portato la Russia ai tempi della barbarie.

Si muore per le vie, come ai lontani giorni del medio evo.

La famiglia del prof. dott. GIULIO ASCOLI, rimasto all'inizio della guerra al suo posto di direttore dell'Ospedale civico di Trieste, ne comunica ora ufficialmente la morte, avvenuta già dal 24 maggio 1916, dopo lunghi mesi di inenarrabile martirio, virilmente sopportato per la sicura fede nei destini d'Italia.

Il prof. Pietro Castellino è stato colpito dalla più grave delle sciagure: la perdita della diletta genitrice.

Gli esprimiamo le nostre affettuose condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp*.

Anno XXV. Roma, 3 marzo 1918 Fasc. 9.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI PARMA
Direttore internale prof. C. GALLENGA.

Su un caso di "Diplegia nervi facialis totalis peripherica,,.

Dott. ARMANDO ROSSI,
Dirett. del Lab. di Radiologia ed Elettroterapia

Alla grande frequenza della paralisi parziale periferica del nervo facciale, dovuta al suo decorso in un lungo, stretto e tortuoso canale osseo, alle sue ramificazioni estese e superficiali, agl'intimi rapporti che contrae coll'apparato dell'udito, fa contrasto la rarità della paralisi periferica completa.

L'Eichhorst ne ricorda qualche caso: uno di Jolly nel quale la diplegia si ebbe in dipendenza di una frattura, in forma di fessura trasversale di ambedue le ossa temporali; un altro di Edgeworth: un neonato nel quale la diplegia comparve per l'applicazione del forcipe colle branche una su ciascuna guancia; Maingauld vide seguire la diplegia della faccia alla difterite; l'Eichhorst stesso la vide seguire alla polineurite infettiva primitiva.

In qualche caso si è avuta per carie delle due ossa temporali; in altri, per causa reumatica, la paralisi colpì dapprima il facciale di un lato e dopo qualche giorno anche quello dell'altro lato.

Nell'Ambulatorio di Elettroterapia, da me diretto, ho avuto l'occasione di studiare e di se-

guire sino alla guarigione un caso assai dimostrativo di diplegia che rientra nell'ultimo gruppo sopraricordato.

Anamnesi. — Si tratta di un uomo di circa 46 anni, conciatore di pelli, il quale lavorando davanti ad una finestra aperta, con la faccia rivolta ad essa, avvertì, per la corrente d'aria che entrava una sensazione molesta al viso; ma dalla premura di ultimare il suo lavoro non si prese la cura di chiudere le imposte e continuò tutto il pomeriggio a lavorare sotto quell'azione reumatizzante. Era un sabato: ritornato a casa dal lavoro avvertì dolori vaghi alle guancie e al capo, ma non vi fece caso. All'indomani mattina tutto era passato, ma che non poteva più tenerlo stretto all'angolo sinistro, com'era abituato; di più la saliva gli fuoriusciva dalla bocca, non poteva sputare ed aveva difficoltà a pronunciare le parole. Impressionato di questo tornò a casa e i famigliari appena lo videro s'accorsero che aveva la bocca storta. Chiamato il medico riscontrò una paralisi completa del facciale sinistro e sospettando che la causa fosse stata l'azione reumatizzante alla quale s'era esposto il P. gli ordinò dei diaforetici; ma il giorno seguente il P. si accorse che la difficoltà nel pronunciare le parole s'era accentuata, la bocca s'era raddrizzata ma non poteva più chiuderla; stentava a prennel pomeriggio, uscito a passeggio dopo la colazione, mettendosi il sigaro in bocca s'accorse dere il cibo e i liquidi gli defluivano fuori dalla bocca.

Il P. ricorse allora ad un altro distinto Collega, il quale constatò una paralisi completa bilaterale del facciale e nel sospetto che la lesione fosse d'origine centrale, lo tenne qualche giorno in esame, poi cortesemente lo affidò alle mie cure.

Ricercando nell'anamnesi sugli antecedenti famigliari e individuali, nulla si trovò d'importante: proveniva da famiglia sana, non era mai stato ammalato, non era bevitore, fumava poco, non masticava tabacco, non aveva mai avuto malattie veneree o sifilitiche. La moglie e i figli erano viventi e tutti sani; non c'erano stati aborti, non prematuri, non nati morti. Il P. non maneggiava sostanze tossiche.

Esame delle urine. — Peso specifico 1016, non albume, non glucosio, traccie di indicano; fosfati abbondanti; urea 14 per mille; acido urico 0.40 per mille; nulla di notevole nel sedimento.

Esame del sangue. — Globuli rossi 4.580.000; gl. bianchi 7.500; Hb. 85. Formula normale.

R.ne del Wassermann. — Reperto negativo.

Esame obbiettivo. — È un uomo robusto, piuttosto magro, ben colorito. Tralascio la descrizione particolareggiata dei varî organi ed apparati, poichè riuscirono negativi e ricordo l'esame del viso: (Vedi figura) non ha alcuna



espressione; invitando il P. a ridere il volto rimane immobile (prosopodiplegia). La fronte è piana, senza rughe e il P. non può formare pieghe longitudinali nè verticali; le rime palpebrali sono abnormemente dilatate (a sinistra maggiormente) e non possono essere chiuse (fenomeno di Bell bilaterale), non epifora; riflesso corneale abolito. La punta del naso è leggermente deviata a destra e quivi si nota ancora la piega labbiale per quanto appena accennata; a sinistra è scomparsa. La rima boccale è costantemente beante, lievemente deviata a destra, un po' obliqua; il labbro superiore sporge in basso. La favella è poco chiara; non può pronunciare le labbiali; non può fischiare, non può spegnere un lume: le guancie si gonfiano come una vela rilasciata. Inoltre queste, ma specialmente la sinistra, nel masticare vengono prese fra i denti; i liquidi fuoriescono con facilità dalla bocca. Le gengive sono normali. La lingua viene sporta dritta; all'esame del gusto si rileva una diminuzione nella metà anteriore della lingua dal lato sinistro e l'assenza di secrezione della saliva da questo lato. Il riflesso faringeo è presente.

Il P. non presenta disturbi uditivi (iperacu-

sia o ipo.); non alterazioni patologiche dell'orecchio da entrambi i lati.

La cute del viso è abnormemente secca. La barba folta.

Esame eletirico. — A sinistra: il tronco del *N. Facciale* è eccitabile solo con correnti molto forti (faradica e galvanica) tanto al disotto del padiglione dell'orecchio quanto sopra il trago: il ramo superiore non reagisce. Stimolato però isolatamente al margine esterno del sopracciglio reagisce debolmente con forti correnti; lo stesso comportamento si osserva per il ramo medio, sotto la protuberanza zigomatica e per l'inferiore.

Il m. *frontale* e il *corrugatore* del sopracciglio non sono eccitabili alla faradica; invece alla galvanica si nota aumento dell'eccitabilità; Co Ch Ca < co An; reazione torpida. L'*orbicolare* dell'occhio presenta analogo comportamento, inoltre si trovano punti eccitabili nel mezzo della palpebra inferiore. I mm. *zigomatici*, i *nasali*, e l'*orbicolare della bocca* sono eccitabili con correnti forti, alla faradica, nel rimanente si comportano come i precedenti e la reazione è torpida. Per i mm. *elevatore del mento, depressore del labbro inferiore* e *dell'angolo della bocca* solo è da notare che il punto più eccitabile di questo ultimo è vicino al labbro inferiore; del resto come sopra.

A destra: il tronco del *N. Facciale* presenta una diminuzione della eccitabilità farado-galvanica, ma meno marcata che dall'altro lato: il *ramo superiore* non reagisce, se però si stimola isolatamente la eccitabilità si manifesta con correnti più forti della norma. Il comportamento del *ramo inferiore e medio* è quasi identico al superiore, stimolati nei rispettivi punti d'emergenza.

I *muscoli* frontale e corrugatore presentano diminuzione dell'eccitabilità tanto alla faradica che alla galvanica, la Co Ch Ca=co An; la reazione è lenta. Il comportamento dei rimanenti, innervati dagli altri due rami del facciale destro è, praticamente, uguale.

Infine, stimolando i muscoli innervati dal n. *auricolare posteriore*, a destra si nota R. D. completa, mentre a sinistra si ha reperto normale.

Riassumendo quanto ho rilevato dall'anamnesi, dal reperto obbiettivo e dall'esame elettrodiagnostico ho formulata la diagnosi di *Diplegia del facciale nucleo-periferica, per neurite d'origine reumatica*». A sinistra il nervo è stato leso fra il n. stapedio e la corda del timpano; a destra più alla periferia al disotto del punto d'uscita dal foro stilo mastoideo; mentre a sinistra esisteva R. D. completa, a destra la R. D. era parziale.

Cura. — Essendo il P. venuto al mio laboratorio dopo circa quindici giorni dalla comparsa della paralisi credetti formalmente indicata una cura elettroterapica guidata dal reperto elettrodiagnostico.

Per dodici giorni ho applicato la *corrente galvanica discendente* sui nervi: grande anode indifferente (200 cm²) sulla nuca, catode attivo che ricopriva tutta la metà della faccia (maschera del Bengonié) comprimendo con un tampone d'ovatta ben imbevuto di soluzione salina tiepida il tronco comune del facciale al disopra del trago. Sedute di 10 minuti, quotidiane ma alternando ogni giorno la parte: a sinistra dato l'aumento di eccitabilità alla galvanica dei muscoli, con 4-6 ma.; a destra con 10-15 ma.

Lasciato il P. in riposo per tre giorni, quando ritorna trovo che il lagoftalmo, il fenomeno del Bell, e soprattutto l'apertura della rima, ecc. hanno sensibilmente migliorato. Pratico allora un 2° *Esame elettrodiagnostico* ed ottengo i seguenti risultati: A sinistra, il n. Facciale è divenuto eccitabile tanto alla faradica che alla galvanica con correnti meno intense; i muscoli sono tutti eccitabili con corrente faradica intensa; l'eccitabilità alla galvanica è diminuita; la formula tende alla uguaglianza; le contrazioni però, meno, al m. depressore dal mento, sono rimaste torpide.

A destra: si nota miglioramento dell'eccitabilità perchè la reazione si compie con intensità di poco superiori alla norma. I muscoli reagiscono bene alla faradica; con la galvanica occorrono ancora correnti piuttosto forti; la Co Ch Ca è ora > delle Co An; le reazioni sono pronte.

Visto l'evidente miglioramento inizio stimolazioni galvano-faradiche dei muscoli facendoli contrarre ritmicamente per mezzo di un rythmeur applicando il grande anode indifferente alla nuca e il catode attivo (piccolo tampone di 1 cm. di diametro) su ciascun punto motore, per la durata di circa 3 minuti ognuno con 5 ma. e 9 cm. di D. R. Sedute quotidiane alle due metà lasciando un giorno di riposo ogni otto di cura.

Dopo trentacinque applicazioni galvano-faradiche il P. è clinicamente guarito dal lato destro, mentre a sinistra non presenta più che qualche lieve fatto: un po' deviazione del naso dal lato opposto, rima orale ancora un po' spostata a D. Subbiettivamente un po' di dolore.

Continuo ancora per sei sedute solo dal lato sinistro alternando la galvanizzazione del nervo con le stimolazioni galvano-faradiche dei muscoli e lascio il P. in riposo per qualche giorno.

Pratico allora un 3° *Esame elettrodiagnostico* (circa 70 giorni dopo il 1°) e trovo che l'eccitabilità del nervo e dei muscoli è tornata normale a destra, mentre a sinistra persiste solo ipoeccitabilità, ma le contrazioni sono pronte e la formula è normale.

Riassumendo: dagli esami fatti si è visto che la guarigione è tornata prima dal lato ultimo leso e dove l'esame elettrico aveva mostrato una minore alterazione del n. facciale sia in estensione, sia qualitativo-quantitativa.

Concludendo. — In un conciatore di pelli, in seguito a causa reumatizzante si è avuta la comparsa repentina di una diplegia del facciale: l'esame clinico e l'indagine elettrodiagnostica hanno permesso di far diagnosi di neurite periferica bilaterale, più grave dal lato sinistro dove il nervo era leso più in alto (fra il n. stapedio e la corda del timpano) ed era accompagnata dalle note di una reazione degenerativa completa dei muscoli mimici e auricolari, di media intensità; meno accentuata a destra dove la lesione si localizzava all'uscita del nervo dal foro stilomastoideo e con reazione degenerativa parziale dei muscoli. La prognosi fausta per entrambi i lati, ma con esito più rapido a destra che a sinistra è stata confermata dall'andamento clinico: guarigione, prima della paralisi destra poi della sinistra.

Il caso, interessante per la sua rarità, dimostra anche l'importanza di un esame elettrico accurato per fissare la diagnosi di sede, la prognosi, l'andamento e le indicazioni della cura nei varî stadi dell'evoluzione della lesione. Infine dimostra come anche in questi casi sia efficace un'opportuna elettroterapia (galvanizzazione dei nervi, galvano-faradizzazione dei muscoli).

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo alla conoscenza delle anomalie morfologiche dello sterno

per il dott. BERNARDINO MASCI,
aiuto chirurgo interino degli ospedali di Roma.

In clinica capita frequentemente, nel raccogliere e fissare i reperti di lesioni toraciche, di giovarsi e delle così dette linee di orientazione (linea mediana anteriore e posteriore, linea sternale, linea parasternale, linea mammillare od emiclaveare, linee ascellari anteriore, media e posteriore, linea scapolare) e delle parti dello scheletro più facilmente accessibili all'ispezione o alla palpazione.

Quando si tratta di lesioni costali (osteiti, periostiti, fratture, ecc.); quando si deve intervenire chirurgicamente per resecare un pezzo di costa od aprire uno spazio intercostale; quando si vuole, nella determinazione topografica degli organi, disegnare i reperti forniti dalla percussione intorno alla sede delle linee di confine rispetto allo scheletro, capita di solito di dover ricorrere all'enumerazione delle coste. Il modo di procedere è patrimonio comune. Si sa che le coste non vanno mai contate dal basso in alto, perchè la dodicesima può mancare od essere così breve da non sorpassare di molto l'apice dell'apofisi trasversa (Holl, Pansch, Récamier). L'enumerazione deve procedere, invece, dall'alto in basso, seguendo i punti in cui esse sono più superficiali, vale a dire in vicinanza alla loro estremità sternale per le prime coste, ed allontanandosene a misura che si discende, poichè presso allo sterno gli spazi intercostali rapidamente diminuiscono in altezza e ben presto le cartilagini si fondono: si deve seguire, cioè, una linea leggermente obliqua in fuori, che termina all'arco delle coste asternali o false (Barth).

La prima costa, alla sua estremità sternale, si trova nascosta dietro la clavicola e non può essere facilmente sentita: la depressione che si avverte immediatamente ed in modo confuso sotto di essa corrisponde al primo spazio intercostale. Perciò non è agevole prendere come punto di partenza la prima costa o la estremità sternale della clavicola, come fa Castellino, nè, per la stessa ragione, è bene partire dalla forchetta sternale e dirigere il dito in basso e un po' in fuori per raggiungere il primo spazio, come consiglia Duroziez. Il metodo raccomandato dall'Eichhorst è quello generalmente seguito: esso consiste nel prendere come punto di partenza la sporgenza trasversale, quasi sempre ben apprezzabile, che il manubrio fa con il

corpo dello sterno, il così detto angolo di Louis, al disopra e al disotto del quale si trovano il primo e rispettivamente il secondo spazio intercostale, poichè la seconda costa prende inserzione, col mezzo della cartilagine, proprio sull'interlinea articolare.

Lo sterno presenta abbastanza spesso delle creste trasversali, fra loro parallele, le quali stanno a ricordare che primitivamente questo osso si compone di una serie di pezzi staccati, sovrapposti come le vertebre, le così dette *sternobre primitive* di De Blainville: ma la sporgenza che corrisponde all'articolazione fra il manubrio e il corpo (e che ai lati presenta l'incisura che dà inserzione alla seconda cartilagine costale) è costantemente così marcata, da essere facilmente riconosciuta dalle altre. Mentre i differenti pezzi sternali si saldano più o meno fra loro durante lo sviluppo, l'articolazione che unisce il manubrio con il corpo, che è, secondo i casi, un'anfiartrosi od una diartroanfiartrosi, suole persistere fino alla più tarda età: infatti, da una statistica di Gray risulta che la saldatura fra questi due pezzi ossei può avvenire solo dopo i 65 anni, e nella proporzione di 6 o 7 volte soltanto su 100 individui.

Questi due dati di facilità di esplorazione e di punto anatomico dello scheletro ben definito hanno fatto sì che l'angolo di Louis acquistasse unanime consenso di punto di repere di grande importanza nel campo della semeiologia.

Senonchè mesi addietro, rievocando nozioni di anatomia umana su di uno scheletro che si conserva nella sala incisoria dell'Ospedale di S. Giovanni, mi è capitato di osservare che in quell'esemplare esiste un'anomalia a carico dello sterno, in quantochè sull'angolo di Louis, invece di prendere inserzione come abitualmente la seconda cartilagine costale, si articola la terza costa. Il manubrio segna sette cm. e mezzo di lunghezza, cifra cospicua quando si consideri che la lunghezza complessiva dello sterno oscilla fra i 15 e i 20 cm. La sua superficie anteriore è perfettamente liscia e lievemente concava nel senso verticale. Nessun accenno di sutura o di sporgenza trasversale esiste in corrispondenza dell'incisura che dà inserzione alla seconda cartilagine costale, mentre risalta evidente l'esistenza dell'interlinea articolare fra corpo e manubrio, nel punto d'inserzione della terza costa. Nessun particolare posso offrire dell'estremo distale del corpo dello sterno e dell'apofisi ensiforme, in quanto che sono andati distrutti per l'azione deleteria del tempo.

In seguito all'osservazione di una tale anomalia, ho cercato su molti trattati di anatomia e sulla letteratura medica riguardante le varietà morfologiche dello sterno, per vedere se questa da me osservata vi fosse contemplata e con quale frequenza si rinvenisse. In nessun trattato, in nessuna pubblicazione è accennato un caso consimile.

Allora ho rivolto la mia attenzione allo studio di tanti toraci di persone sane o malate per ricercarvi l'eventuale esistenza di una simile varietà strutturale, e quasi mi stavo convincendo che il caso osservato nell'ospedale di S. Giovanni dovesse costituire l'unica eccezione alla regola, quando, giorni fa, dopo aver esaminato più centinaia di persone, ho trovato un altro caso in cui l'angolo di Louis dà inserzione alla terza costa. Si tratta di un operaio di una fabbrica di prodotti chimici, in cui l'angolo formato dalla riunione del manubrio e del corpo dello sterno è molto accentuato, mentre il resto della superficie sternale è perfettamente liscio. Che l'angolo di Louis in questo caso desse inserzione lateralmente alla terza costa ho potuto anche controllare ed accertare con i raggi Röntgen.

La conoscenza di questa anomalia strutturale dello sterno può avere la sua importanza dal punto di vista pratico. Non voglio accennare menomamente che su questa particolarità anatomica si possa riallacciare e trovare la soluzione della tanto *vexata quaestio* tra fisiologi e clinici dello spazio intercostale dove batte la punta del cuore, se al 4° o al 5°. Un'anomalia così rara non può essere invocata per risolvere una controversia, che ha la sua base su una salda osservazione clinica. Ma, nel fissare i reperti della percussione topografica degli organi sulla parte toracica, dire che la punta del cuore batte al 5° spazio invece che al 6°, significa non riconoscere un'ipertrofia o una dilatazione del ventricolo sinistro; dire che il margine superiore del fegato corrisponde al margine superiore della quinta costa sulla linea emiclaveare destra, significa pensare ad un'alterazione patologica di questo organo che in verità non esiste; dire che il polo superiore della milza raggiunge l'ottava costa sulla linea ascellare media, significa trovare un ingrandimento di quest'organo ed orientarsi verso processi morbosi puramente ipotetici.

Ove si voglia tentare di rendersi ragione di questa forma anomala dello sterno, giova ricordare brevemente le nozioni che si posseggono circa il suo sviluppo. Si sa che lo sterno si compone primitivamente di due benderelle cartilaginee, poste simmetricamente da ciascun lato della linea mediana, quasi fra loro parallele, sul margine esterno delle quali prendono inserzione le estremità ventrali delle prime sette co-

ste. Questi due emisterni sulla linea mediana lasciano uno spazio, occupato da tessuto connettivo, che va poi sempre più riducendosi, finchè le due bandellette cartilaginee si saldano dall'alto al basso per costituire un unico sterno cartilagineo. L'ossificazione di questo non incomincia che al sesto mese della vita fetale, e si fa per molti punti, dei quali uno per il manubrio, uno per l'apofisi ensiforme ed otto, disposti per paia in corrispondenza degli spazi intercostali, per il corpo. In caso di anomalia simile a quella descritta, si può pensare che il centro di ossificazione del manubrio, che è il primo a sorgere, abbia assunto proporzioni più estese del normale andando ad invadere i due centri superiori di ossificazione del corpo (che si mostrano all'8° mese della vita fetale), sostituendoli o fondendosi con essi. Del resto, anche in condizioni normali, l'ossificazione della cartilagine costale presenta variazioni individuali assai numerose ed estese, per cui è difficile dedurre dalle medesime una formola generale.

Ma, a parte queste particolarità embriologiche, scopo precipuo di questa mia nota è quello di richiamare l'attenzione su di un'anomalia di struttura dello sterno, di cui finora si ignorava l'esistenza, e di indurre a pensarvi ogni qual volta si deve fare l'enumerazione delle coste, sotto pena di misconoscere lesioni veramente esistenti o di creare una patologia puramente ipotetica. Essa anomalia è estremamente rara e perciò non deve infirmare affatto il metodo che abitualmente si segue in clinica per l'enumerazione degli spazi intercostali, e che abbiamo detto essere il migliore. Basta solo sapere che eccezionalmente l'angolo di Louis può corrispondere all'inserzione della terza costa.

RIVISTE SINTETICHE.

Le presenti conoscenze su la carie dentale ed alcuni relativi problemi sociali.

Dott BEN. DE VECCHIS, capitano medico.

In Italia il problema della carie dentale, sotto il punto di vista sia sociale che clinico, non è stato trattato finora da nessuno, specie sui giornali di medicina generale, e ciò per il semplice fatto che l'odontoiatria era praticata, salvo rare eccezioni, da persone sfornite non solo di qualsiasi grado accademico, ma ignare delle più semplici conoscenze di anatomo-patologia. Non essendovi del resto stato per il passato un vero e proprio corso di Odontoiatria, anche i nostri medici non si sono generalmente mai interessati di questa malattia che, per dirla con Osler, « arreca all'umanità danni maggiori dello stesso alcool ». E difatti, i mutilati delle arcate dentali, costituiscono una enorme falange: nel solo nostro esercito nazionale sono stati passibili di riforma, se non centomila reclute, come sostiene il Chiavaro, almeno cinquantamila, come affermò il Bianchi in un discorso nella mostra della protesi a Bologna. Non si poteva, nè si può compilare certamente una statistica esatta, perchè molti soldati, mandati a casa per provvedimenti medico-legali e con diagnosi di deperimento organico, oligoemia, gastricismo, non avevano altro che una deficiente funzionalità dell'apparecchio masticatorio. « Si curino questi piccoli denti — scrive il nostro Coulliaux, — questi umili denti e si sostituiscano i mancanti, nei giovani che hanno obbligo militare, questi umili, questi piccoli denti, che pure sono tanto necessari al benessere completo dell'individuo, — benessere che solo può dare perseveranza, forza e valore ». La gioia del dolce viso, — come scriveva l'Alighieri — e il sorriso Leonardiano, non sono possibili senza che le dentature siano uguali, sane, regolari. Un giovine che ha perso i suoi denti invecchia precocemente: le guance s'infossano, le mascelle si riducono per il riassorbimento dei processi alveolari, la digestione si compie male, il sangue s'impoverisce in breve, la resistenza vitale si annulla. Federico Masson, nel libro « Napoleone in casa », narra che questi, anche in tarda età, aveva i denti perfettamente preservati, sani e belli per le continue cure che loro rivolgeva.

Sulla carie dentale si sono scritte migliaia di pagine; in questo articolo, io, eliminando tutto ciò che è di inutile ingombro, sarò breve e chiaro ed esporrò quanto di più esatto finora si sap-

pia, diffondendomi sulle sue origini e complicanze, e sulle quistioni sociali inerenti ad essa, con l'intento di mostrare ai medici generici, ai legislatori, ai direttori di sanità la complessità dei problemi accennati.

Definizione. — Per carie dentale s'intende la ulcerazione dei tessuti dentali, caratterizzata da decalcificazione, rammollimento e dissoluzione di questi e dalla formazione di una cavità.

Storia e distribuzione geografica. — L'esame dei crani rinvenuti nelle piramidi egiziane e nelle più antiche cripte mostra che questa malattia data dalla epoca della semicivilità. Nel museo Brittanico si conserva lo scheletro di una mummia di 2800 anni avanti Cristo con ben marcate cavità cariose. Negli Stati Uniti d'America la percentuale di essa è in proporzione del 95 %, ed essendo questi Stati costituiti da cento milioni di abitanti, si ha che 95 milioni di persone sono affette da carie (Fones. *The Dental Cosmos*, sett. 1916). In Italia, se non si arriva ad una così alta percentuale per la relativa sanità del ceto agricolo, che non conosce, in massima, tare ereditarie ed alimentazione raffinata, tuttavia bisogna riconoscere che non v'è malattia tanto diffusa quanto la carie dei denti: mostrare la percentuale delle carie nei vari popoli sarebbe un diletto, più che uno studio utile. A noi basta sapere che l'enorme diffusione della carie richiede provvedimenti legislativi come quella dell'alcool.

Etiologia. — Le cause della carie si dividono in predisponenti e determinanti. Tra le prime ricordiamo:

1° *L'eredità.* — Il Röse dice cre la carie non è una malattia in sè stessa ma un sintomo della generale degenerazione fisica. Il Black ha osservato, in alcune famiglie la tendenza alla carie ad una data età ed in punti omologhi dei denti.

2° *L'età.* — La carie, come il linfatismo e il rachitismo, è una malattia essenzialmente della giovine età, e ciò per la minore resistenza che i denti hanno in quest'epoca e difatti sappiamo che un dente raggiunge il suo pieno sviluppo oltre il venticinquesimo anno.

3° *Malattie e stati fisiologici speciali.* — Durante e dopo il corso di malattie specialmente infettive come il tifo e durante la gravidanza la tendenza alla carie aumenta notevolmente. Ciò naturalmente si spiega con l'esaurimento in contro a cui vanno i malati e le gravide.

4° *Civiltà.* — L'aumentato lavoro del cervello richiede in esso un maggiore afflusso di sangue ed una maggiore nutrizione a scapito delle formazioni anatomiche vicine. Il pensiero, la preoccupazione, la lotta per la vita menano all'accentuazione funzionale della glandola tiroide e delle altre endocrine da cui risulta una maggiore eliminazione di minerali, una impropria assimilazione del calcio e una diminuzione dell'alcalinità salivare. L'ipernutrizione cerebrale, l'alterata funzione delle glandole a secrezione interna, il catabolismo del calcio, sono, senz'altro, i fattori essenziali di qualsiasi carie.

5° *Dieta.* — Il mio illustre maestro, il Kirk, sostiene che l'eccessivo consumo dei carboidriati mena ad un loro alterato metabolismo nel fegato ed alla produzione di glicogeno fermentabile nella saliva. Numerosi scrittori dicono che un eccessivo consumo dello zucchero fa aumentare la mucina della saliva che facilita la formazione delle placche batteriche sopra lo smalto

Un'altra considerazione: l'organismo umano perde in escreti circa 75 centigrammi al giorno e d'altra parte Bungè e Sherman sono d'accordo che mezza umanità soffre di fame di calcio, che è l'elemento essenziale per l'accrescimento e la consolidazione delle ossa e dei denti.

Cause determinanti. — Consistono nella fermentazione dei carboidrati. Il pioniere della odontoiatria scientifica, il Miller, fondò tutta una teoria sugli agenti chimici che alterano lo smalto. Il Miller sostiene che l'acido lattico che risulta dalla fermentazione dei carboidrati è l'agente che usura dapprima il rivestimento esterno del dente. La teoria del Miller, che data dal 1882, incomincia ad essere scossa dalle sue fondamenta. Vi sono adulti che pur consumando al giorno molto più zucchero dei giovani non presentano carie. Forse un accurato studio sulla saliva normale e anormale ci darà la chiave del problema. La saliva anormale contiene un eccesso di mucina che s'attacca ai denti, sotto forma di placche, nelle fossette e nelle gronde della corona e favorisce la carie.

Dovrei trattenermi ora sulla sintomatologia e sull'anatomia patologica della carie, ma, reputando che ve n'è abbondanza dell'una e dell'altra nei comuni manualetti di odontoiatria, ne faccio a meno.

Complicanze. — Il capitolo delle complicanze della carie è uno dei più recenti e forse dei più interessanti della patologia dentale. Fin dal 1915 su « The Dental Cosmos » dimostrai sperimentalmente e clinicamente che la tubercolosi del collo (adenite tubercolare, scrofola) è il più delle volte dipendente da sepsi orale. La rinologia moderna afferma che generalmente gli ascessi retro-faringei sono effetti metastici da sepsi dentaria.

Io ho già dimostrato che i flemmoni del collo e finanche gli ascessi delle regioni succlavie di-

pendono da sepsi dentaria (*Stomatologia*, sett. 1916, *Riforma Medica*, apr. 1917). Nè ci dobbiamo sorprendere se consideriamo che cavità cariose sono, per le condizioni di calore, oscurità, umidità, nutrizione, dei veri incubatori batterici. Non è stato difficile a Miller rinvenire nella bocca 150 varietà batteriche, e al nostro Sangiorgi diverse varietà di triponemi e spirocheti.

Le periostiti mascellari, le sinusiti, le ductiti, le sottomascellariti, le fistole del collo e del viso, sono in massima dipendenti da carie dentali.

Entrando ora nel campo delle complicanze mediche, chi non ammette che molti disturbi gastroenterici, molte anemie non riconoscano per cause la sepsi dentaria? Stewart crede che l'ingresso dei batteri nella corrente del sangue accade generalmente da parte dei denti distrutti e delle gengive malate e Rosenow vede nelle tonsille la sede dove gli streptococchi acquistano la proprietà di produrre il reumatismo articolare acuto.

Quistioni sociali e profilassi. — Nel 1902 sorse in Italia la federazione Stomatologica, che, combattendo l'esercizio abusivo ed elevando la dignità professionale, riuscì ad imporre e far rispettare la branca. Prima di questo periodo l'ideale della odontoiatria, nella sua pratica e nella sua letteratura, non fu che una bottega ed un annesso laboratorio ed i termini di maestro ed apprendista epitomizzavano il metodo d'insegnamento. Le otturazioni si facevano su nervi esposti ed erano un affaretto come il tappo che chiude la bottiglia. Oggi siamo andati molto avanti per ciò che riguarda il valore professionale ed educativo dell'odontoiatria; quello che però ancora manca in Italia è la coscienza igienica della massima parte del popolo. Bisogna che medici, educatori se ne occupino di più delle condizioni orali delle comunità: scolaresche, reggimenti, ecc. In riguardo poi ai fanciulli si tenga presente l'assioma di Simeon: « la salute dei fanciulli è il più grande assetto della nazione e noi crediamo che la mancanza di igiene orale, più che tutti gli altri fattori combinati, è responsabile per le condizioni morbose generali che poi diventano permanenti ».

In tutte le città degli Stati Uniti Americani sono gabinetti dentari municipali, dove gli alunni delle scuole vengono curati gratuitamente. Negli asili d'infanzia, nei manicomi, negli opifici industriali, si pratica la più scrupolosa cura orale. L'esercito e la marina sono forniti non solo di medici, ma anche di dentisti. Vi sono infermerie dove i bimbi affetti da carie vengono ospedalizzati e ne escono a cura completa, come la Forsyt di Boston, vi sono dispensari dentali, come quello di Rochester, i cui soli edifizi son costati oltre cinque milioni, vi sono cinquantadue università dentarie, alcune delle quali, come quella della Pennsylvania, con oltre settecento studenti.

In Italia si sono già fatti i primi passi: i comuni di Roma e Bologna hanno da vari anni provveduto per una Odontoiatria municipale. L'esercito e la marina incominciano ad avere i loro specialisti delle malattie della bocca e dei denti. Per la formazione di abili Odontoiatri, che per il loro numero esiguo non bastano neanche a curare un decimo della popolazione, si provvederà dopo guerra, quando una più tenace volontà di affermarci e liberarci ci verrà dalle pene sofferte e dal sangue versato, ed allora, accanto alla scuola di Milano ne sorgeranno delle altre e si potrà davvero avere la nostra odontoiatria.

(8)

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE CHIRURG. CONTUMACIALE DELLA II ARMATA.

Del trattamento delle fratture diafisarie dell'omero

Prof. dott. LUCA FIORAVANTI, maggiore medico, capo reparto.
Dott. UMBERTO MONTANARI, ten. medico, assist.

Senza entrare in merito alle modalità ormai stabilite del trattamento cruento nelle fratture diafisarie da scoppio dell'omero, riferendoci invece al loro trattamento consecutivo immobilizzante che è d'importanza tutt'altro che secondaria, ci sembra opportuno di giovarci della seguente classificazione:

a) fratture del 3° superiore;
b) fratture del 3° medio;
c) fratture del 3° inferiore.

Nelle prime il frammento superiore viene generalmente a porsi in abduzione ed in quelle molto alte suole portarsi anche indietro ed in alto. Nelle seconde è il frammento inferiore che tende a portarsi leggermente indietro; nelle terze questo frammento tende a cadere leggermente in avanti.

Date tali caratteristiche, che sono dovute alla prevalente azione muscolare, un apparecchio immobilizzante che si riprometta un razionale trattamento di queste fratture, dovrà permettere ai frammenti ed alle scheggie ossee lasciate in sito di ridurre il loro spostamento e di orizzontarsi secondo la loro normale direzione evitando così, per quanto è possibile, ogni accorciamento dell'arto.

L'apparecchio gessato non ci sembra che risponda sempre a questi requisiti, e difatti seguendo allo schermo i fratturati si rileva spesso una incompleta riduzione e uno spostamento vario dei frammenti tale da rendere opportuna la rinnovazione dell'apparecchio. Più adatti allo scopo ci sembrano quegli apparecchi, che, pure immobilizzando l'arto, permettono al chirurgo di plasmarlo adeguatamente, concedendogli un controllo continuo e completo della lesione.

Primissimo tra tutti è quello di Delbet nel quale i punti di appoggio sono dati dall'ascella e dall'avambraccio flesso e l'estensione, che è regolabile nella sua intensità, è fatta da un verme che allontana le due parti costituenti l'apparecchio.

Nell'apparecchio di Leclercq basato sullo stesso sistema è possibile il trattamento delle fratture sia dell'uno che dell'altro braccio. Poco dissimile è l'apparecchio di Alquier che ha il vantaggio non indifferente di essere facilmente improvvisabile: consta di due parti di cui la superiore forcuta si adatta all'ascella, l'inferiore piegata ad un uncino al gomito.

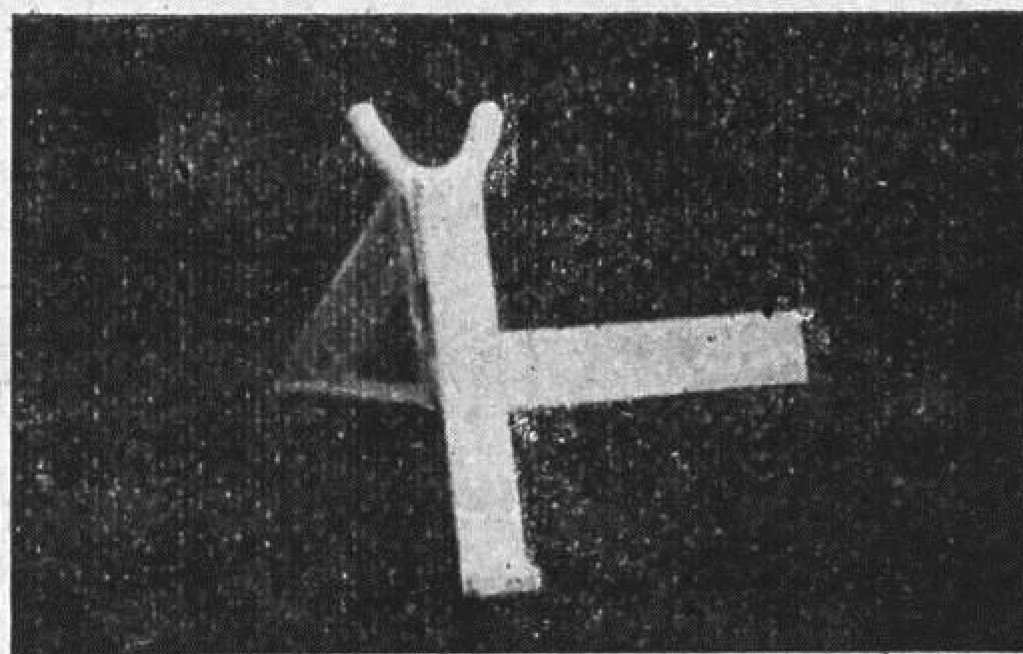
Nell'apparecchio di Pierucci, che si può adattare alle due braccia, l'estensione è fatta da un manicotto a due viti contrarie.

Vi sono poi tipi di apparecchi a trazione elastica e tra questi la stecca di Borchgrevink, in cui l'estensione è fatta sull'avambraccio e sul braccio per mezzo di cerotto adesivo a cui è assicurato un tubo elastico. La stecca è forcuta all'ascella per la controestensione che viene limitata da una controtrazione perineale od a cintura. Meglio di questo è il tipo a stecche angolari nel quale quella che serve per l'avambraccio è scorrevole sull'altra.

Tutti questi tipi, tranne quelli di Alquier e di Borchgrevink, hanno lo svantaggio di non essere facilmente improvvisabili, mentre in guerra un apparecchio diviene per necessità sempre un poco un apparecchio di fortuna. Tutti questi apparecchi poi non rispondono al loro scopo altro che nelle fratture dei due terzi inferiori dell'omero, falliscono in gran parte quando si tratta di fratture del terzo superiore e del collo chirurgico, nelle quali, essendo il frammento superiore spostato in fuori dall'azione muscolare, la riduzione razionale deve farsi in abduzione. Si ripromette questo scopo l'apparecchio a tre stecche di Borchgrevink: una prima stecca decorre lungo il tronco, una seconda ad angolo retto con la prima regge il braccio ed una terza scorrevole sulla seconda regge l'avambraccio. La trazione può esser fatta sia da elastico che da peso. Tale apparecchio è indubbiamente alquanto voluminoso, impaccioso ed incomodo per l'infermo, ma ha il vantaggio di essere facilmente fabbricabile ovunque e dà realmente buoni risultati. Più complicato e meno pratico è l'apparecchio di Bardenheur.

Durante l'offensiva del decorso agosto, per disposizione della Direzione di Sanità della 2ª armata furono ricoverati nell'Ospedale chirurgico contumaciale di Udine tutti i fratturati dell'armata ed avemmo modo di trattare numerosissimi casi di fratture dell'omero.

Nel trattamento di queste fratture ci siamo serviti di un tipo d'apparecchio ancora più semplice di quelli precedenti, dei quali, e specialmente di quello di Borchgrevink, non è che una figliazione. Consta (come da fig. annessa) di una stecca per il braccio, forcuta all'estremità superiore e lunga cm. 40, di un'altra per l'avambraccio lunga cm. 50, incrociante la prima ed alla quale è fissata per una vite.



Tale seconda stecca può portarsi liberamente a destra ed a sinistra, valendo così l'apparecchio per entrambe le braccia.

All'estremità opposta della stecca forcuta è fissato un uncino. Al gomito dell'infermo si fissa un'ansa di cerotto adesivo od una benda alla quale si attacca un tubo elastico, che viene fermato all'uncino sopra descritto, dopo averlo portato a quel grado di tensione che si desidera.

Tale apparecchio così apprestato ci ha servito egregiamente nelle fratture dei due terzi inferiori dell'omero: quando si è voluto adattare al trattamento delle fratture alte si è aggiunto ad esso un triangolo di legno coi tre lati rispettivamente di cm. 24, 21, 28. Uno dei lati del triangolo riposa imbottito d'ovatta sul torace al quale viene fissato, su uno degli altri lati poggia la stecca per il braccio alla quale viene unito per una vite o semplicemente con alcuni giri di benda. Al triangolo abbiamo dato lati differenti per potere ottenere, a seconda della disposizione che gli diamo, vari gradi di abduzione del braccio. Spesso abbiamo sosti

tuito a tale triangolo di legno un triangolo simile improvvisato piegando una delle comuni reticelle metalliche. Coll'applicazione del triangolo l'estremità superiore dell'apparecchio viene a prendere posizione ed a fare controestensione verso il torace anzichè verso il cavo ascellare, ma per le sue dimensioni assai ampie e per la sua accurata imbottitura non reca nessun disturbo all'infermo.

Con questo tipo d'apparecchio, che a noi ha servito ottimamente, abbiamo semplificato il trattamento delle fratture omerali senza impacciare soverchiamente l'infermo e senza recargli eccessiva molestia. Con esso tutte le medicature, anche quelle della faccia interna del braccio, possono compiersi: basta per queste ultime abbassare il capo forcuto della stecca lungo il tronco o sollevare leggermente il braccio mantenuto nella sua trazione.

Per gli ottimi risultati che ci ha procurati, per la sua praticità ed adattabilità a tutti i casi di fratture diafisarie dell'omero, per la semplicità di sua costruzione non ci è sembrato inutile di darne un breve cenno e di raccomandarlo all'attenzione dei pratici.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Trattamento delle ferite allo scoperto.

Oltre all'immobilizzazione, di necessità indiscussa, tre sono i capisaldi su cui si è basato finora il trattamento delle ferite: protezione meccanica per mezzo di fasciature; azione chimica con i svariati antisettici per diminuire la virulenza dei germi; azione capillare dei drenaggi per eliminare le secrezioni.

Per le ferite che accennano a guarire di prima intenzione la fasciatura è sempre indicata, per quelle infette lo è soltanto quando si tema un propagarsi dell'infezione, specie per contatto; ma se l'unico pericolo che si teme è l'infezione per mezzo dell'aria e non ci siano serie ragioni per sospettarla, allora la fasciatura diviene inutile.

Quanto all'azione chimica, la sua efficacia è assai dubbia e, secondo D. E. Heinrich (*Münchener med. Woch.*, n. 20, 1917), dovrebbe essere autorizzata soltanto nelle formazioni sanitarie di prima linea.

Quanto all'azione capillare, sarebbe consigliabile se la secrezione della ferita fosse poca e il materiale di medicazione disponibile fosse abbondante.

Ma quando la secrezione è molta, la medicatura rimane in breve tempo imbevuta: ne consegue riassorbimento, febbre, estendersi dell'infezione. Si può obbiettare che un frequente rinnovare della medicatura ovvierebbe questo inconveniente: ma occorre tener presente che capitano spesso ferite con secrezioni così abbondanti che sarebbe necessario un continuo mutare della medicatura; cosa naturalmente impossibile.

Si usano, è vero, in tali casi i bagni permanenti della parte lesa: ma tale sistema, oltre a non esser applicabile che per alcune parti del corpo, ha i suoi inconvenienti: prima di tutto non sempre in pratica i bagni si possono far continuati, ma s'interrompono di notte; ciò che implica degli spostamenti poco piacevoli e poco giovevoli per il ferito; inoltre la posizione ch'esso deve mantenere è poco comoda; il liquido può facilmente andar soggetto ad inquinamenti.

I vantaggi dell'immobilizzazione e del libero deflusso dei secreti, si ottengono invece molto meglio e più comodamente col trattamento delle ferite allo scoperto.

Esso non è naturalmente indicato per pazienti irrequieti, per ferite situate in parti del corpo che non permettano un libero scolo delle secrezioni, per ferite che si estendano in superficie, per ferite in via di guarigione: lo è invece per tutte le ferite infette, specie se gravemente.

Il chirurgo dovrà anzitutto sbrigliare ampiamente la lesione, aprendo eventuali ascessi o seni fistolosi; solo se se ne presenti un'assoluta necessità asporterà scheggie ossee, metalliche, frammenti di stoffa. L'A. non ha mai avuto da pentirsi mantenendosi quanto più possibile conservativo: viceversa ogni volta che ha creduto necessario un suo intervento chirurgico ha notato poi un aggravamento nelle condizioni del paziente, in breve scomparso, ma che forse si sarebbe potuto evitare. L'A. afferma che le scheggie ossee possono saldarsi e anzichè nuocere, giovano al decorso della ferita.

Del resto si è sempre in tempo a rimuoverle qualora se ne presenti la necessità. L'A. però afferma che dopo un po' di tempo di applicazione della sua cura schegge e frammenti vengono alla superficie e si possono facilmente rimuovere.

Se il canale della ferita è stretto e profondo l'A. lo medica da prima con fenolo concentrato oppure vi mette un drenaggio; solo dopo la seconda medicazione applica la cura allo scoperto.

Con esso l'A. ha sempre notato anche nelle ferite molto infette un rapido scomparire dell'infiammazione e della febbre, del fetore dovu-

to ai germi anaerobici e della secrezione; segue un sorprendente miglioramento delle condizioni generali degli infermi. Le granulazioni e i bordi della ferita si prosciugano e si formano croste: queste, mentre non sono dannose se l'infezione non è grave, specialmente dopo prolungata applicazione del metodo, lo sono invece in caso contrario, ed è quindi necessario rimuoverle. A tale scopo l'A. usa versare sulla ferita acqua ossigenata oppure applica leggere compresse umide. Del resto per evitare il troppo rapido prosciugarsi della ferita, l'A. quando sia cessata la secrezione e le granulazioni si mostrino di buon aspetto, usa alternare la cura allo scoperto con le ordinarie medicazioni umide o asciutte.

In questo stadio sono utili anche i bagni.

Appena lo stato della ferita lo permetta si dovranno cominciare i movimenti attivi e passivi, massaggio, applicazioni elettriche. È bene provare per tempo, prima ancora che la ferita sia rimarginata, la mobilità delle articolazioni e la forza dei muscoli. La parte lesa, appoggiata liberamente sull'apparecchio di sostegno, non è in nessun modo ostacolata nei suoi tentativi.

Sono stati ideati anzi svariatissimi modelli di apparecchi per l'appoggio delle varie parti del corpo.

In conclusione i vantaggi della cura sono i seguenti: immobilizzazione completa della parte lesa; abolizione di ogni ostacolo al deflusso delle secrezione; facile controllo sull'andamento della ferita; risparmio di materiale di medicazione; miglioramento rapido delle condizioni generali; limitazione degli interventi chirurgici; trattamento privo di qualsiasi dolore per il ferito; rapido cadere della febbre, detersione sollecita della ferita; scomparsa del fetore; possibilità di cominciar presto i movimenti attivi e passivi.

Svantaggi: lenta epitelizzazione e quindi ritardata guarigione (è però già stato accennato al modo di ovviare a questo inconveniente), possibilità che si formino dei decubiti.

Una controindicazione è data dalla presenza di numerose mosche, ma anche a ciò si può rimediare alzando attorno alla parte ferita una specie di gabbia di garza. G. MENDES.

Non basta sottoscrivere al 5º Prestito di guerra, che dà, ricordiamolo, un reddito netto altissimo (5,78 %): bisogna convincere amici, parenti, conoscenti a sottoscrivere. Tutti coloro che sono piccoli o grandi risparmiatori debbono acquistare le cartelle della nuova Rendita consolidata: bisogna che tutti si convincano che oggi non c'è altro mezzo per *collocare* bene il proprio danaro!

Si compie, al tempo stesso, un'opera altamente patriottica.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 novembre 1917.

Presidenza del prof. F. DURANTE, presidente.

Osservazioni sulle amebe dissenteriche.

Prof. B. GOSIO (anche a nome dei dott. L. GIUSTI, R. MAGGIORA, A. MISSIROLI. Riferisce le ricerche compiute per disposizione della Direzione generale di Sanità, nel laboratorio batteriologico, sulla dissenteria amebica di cui negli ultimi mesi in Italia si sono avuti conati epidemici, per la massima parte in truppe provenienti dall'Egitto e dalla Macedonia.

Contro i dubbi espressi da varie parti il Gosio dimostra, che in realtà si tratta di dissenteria amebica analoga a quella propria del tropico. Il parassita ha tutti i caratteri dell'ameba tetragena (ectoplasma ben differenziato, nucleo rigonfio e ricco di cromatina, fagocitismo abbondante di emazie, movimenti fedeli al tipo, forme cistiche a quattro nuclei). L'O. notando che ogni incertezza deve cedere davanti alla trasmissione infettiva nel gatto, spiega la specificità del processo in base a ricerche istopatologiche del suo collaboratore dott. R. Maggiora, che nelle sezioni del colon di animali resi dissenterici dimostra un'infinità di ascessi follicolari infarciti di amebe. Passando alla diagnosi, l'O. parla d'una tecnica studiata nel suo laboratorio dal dott. Giusti per mettere in evidenza gli pseudopodii delle amebe.

Consiste nel raccogliere in poca acqua fisiologica calda a 37º un po' di muco dissenterico; dopo qualche minuto, si tratta la miscela con soluzione di sublimato corrosivo: il calore risveglia la motilità dell'ameba mentre il sublimato ne fissa l'atteggiamento di moto, rendendone facile la distinzione.

Infine l'O. illustra le ricerche del dott. Missiroli sulla colorazione delle amebe e su interessanti particolari strutturali e biologici.

Termina documentando la sua comunicazione con disegni dal vero, preparati vari, sezioni istopatologiche e dati statistici sulla diffusione circoscritta dell'amebiasi dissenterica, morbo che per l'Italia si presenta con caratteri di novità.

Sull'interessante comunicazione del prof. Gosio presero la parola i prof. RHO e CAMPANA ai quali rispose l'O. in maniera esauriente.

Neurologia di guerra. Studio sui disturbi della pallestesia.

Dott. C. FRANK. Espone le ricerche anatomiche da lui compiute mediante le quali ha potuto accertare la presenza di alcuni rami periostei finora non descritti (la pallestesia è una sensibilità osteo-periostea trasmessa dai nervi periostei), ed

ha potuto meglio precisare il decorso e la distribuzione di quelli già noti.

Negli schemi presentati vengono riprodotti alcuni dati anatomici non registrati finora da nessun autore. Per l'arto superiore:

a) filetti periostei che staccandosi dal *Ramus dorsalis nervi ulnaris* al terzo inferiore dell'avambraccio innervano l'ulna;

b) altri filetti periostei dello stesso ramo innervano la metà ulnare del polso e carpo (faccia dorsale).

Per l'arto inferiore:

a) filetti periostei che staccandosi dal *n. peroneus profundus* innervano la tibia (*n. epiphisarius tibae superior*);

b) filetti che staccandosi dal n. ligamenti, interossei (*n. tibialis-ramus popliteus*) innervano il perone;

c) filetti periostei che si staccano dal ramo muscolare destinato al *n. tibialis posticus* ed al *n. flexor digitorum com.* che si anatomizzano tra loro e si distribuiscono alla tibia;

d) filetti periostei che staccandosi dal *n. peroneus superficialis* vanno al perone;

e) filetti periostei del *n. femoralis* al femore (terzo superiore) *nervus epiphisarius fem. superior.*

Passa quindi a parlare dei disturbi della pallestesia osservati in oltre 100 casi di lesioni traumatiche dei nervi periferici degli arti venendo alle seguenti conclusioni:

La possibilità più frequente ad osservarsi è quella dei disturbi associati delle due forme di sensibilità (cutanea e pallestesica) con estensione ed intensità differente (87 casi su 102 esaminati). Questo comportamento clinico della pallestesia dimostra chiaramente che essa è indipendente dalla sensibilità superficiale, ciò che è essenzialmente dovuto alle seguenti cause anatomiche:

a) alla differente distribuzione periferica dei nervi periostei e cutanei;

b) alla differente origine dei nervi periostei e cutanei vale a dire che i primi si staccano dai rami motorii, mentre i secondi dai rami sensitivi del tronco nervoso.

È molto verosimile quindi che le fibre destinate alla sensibilità pallestesica decorrono nel così detto «cavo motorio» del tronco nervoso e non in quello sensitivo. Questo modo di vedere viene maggiormente confermato dal fatto che in 95 % dei casi osservati con disturbi della pallestesia esistono gravi disturbi motori con R. D. pei muscoli dipendenti dal nervo nel cui territorio osseo si costata ipopallestesia.

Le granulazioni (granuli) nel sangue dei sifilitici.

Prof. R. CAMPANA. Dice di aver riscontrato specie nel sangue dei sifilitici dei granuli che assumono facilmente le colorazioni dalle mescolanze bleu-eosiniche. Essi originerebbero dai corpi eosinofili e starebbero a denunziare uno stato di alterazione permanente del midollo osseo nelle vicinanze dei capi articolari.

E. GROSSI.

Riunione Accademica dei medici dell'Ospedale Militare di Riserva di Catania.

26 *gennaio* 1918.

Presiede il colon. medico dott. MARIANO CANTELLA.

F. FULCI, Capitano medico, direttore del Laboratorio Batteriologico, illustra un caso di

Ematuria da Bilharzia haematobia.

Si tratta di un soldato, S... P..., di 26 anni, nato ad Andri (prov. di Salerno), contadino, discreto fumatore ma non bevitore, nè venereo, nè luetico. Assunto in servizio militare nel 1911, fu l'anno successivo inviato in Libia, in ottime condizioni di salute. In qualità di conducente fece servizio al 57º Regg. Fanteria a Derna, sottoponendosi a continui ed intensi strapazzi fisici e bevendo, come egli stesso dice, la stessa acqua che bevevano i muli.

Dopo circa cinque mesi di tale servizio, in seguito ad un calcio di mulo, riportato al fianco destro, cominciò ad accorgersi della presenza di scarse quantità di sangue che comparivano nelle urine alla fine della minzione. In seguito la quantità di sangue andò gradatamente aumentando, pur conservando l'urina il suo colorito chiaro.

D'allora l'individuo non si è più rimesso e, richiamato alle armi nel 1914, è stato sottoposto ad una continua, alterna vicenda, durata sino a poco tempo fa, di licenze variamente lunghe, di ritorni ai depositi reggimentali e di successivi ricoveri in luoghi di cura, dove si sono succedute le diagnosi cliniche più svariate.

Attualmente egli accusa: frequente cefalea, astenia profonda, dolore alla regione soprapubica ed al fianco destro lungo il percorso dell'uretere, frequente bisogno di urinare.

La quantità di urina, emessa ogni ½-1 ora, è scarsa (da 50 a 100 gr. circa), chiara al principio della minzione, presenta in seguito alcune gocce di sangue, miste a scarsa quantità di muco.

Essa ha reazione leggermente alcalina; peso specifico oscillante tra 1020-1028; albumina in quantità variabile da 0,20 a 0,30 gr. per mille. Il glucosio vi manca costantemente. Dei sali inorganici, i cloruri sono in quantità normale, i solfati ed i fosfati leggermente aumentati.

Nel sedimento urinario centrifugato si riscontrano notevole quantità di emazie, bene conservate; scarsi leucociti; rare cellule vescicali ed — elemento più importante — caratteristiche uova di *bilarzia ematobia*: uova a guscio spesso, a doppio contorno, arrotondate posteriormente, fortemente appuntite anteriormente, lunghe — secondo Condorelli — da 115 a 138 μ e larghe da 44 a 55 μ.

L'esame del sangue dimostra: emazie 4,200,000; leucociti 7,000; emoglobina 80 %; valore globulare 0,95 %. Dei leucociti, linfociti 21 %; mononucleati grandi 9 %; polinucleati 64 %; eosinofili 6 %.

Nulla di notevole si rileva a carico del sistema nervoso, circolatorio, respiratorio, dirigente, osseo.

L'O. si ferma quindi a parlare della biologia delle uova di bilarzia, nelle quali l'embrione può rag-

giungere il suo completo sviluppo e rendersi libero se l'urina viene allungata con molta acqua. L'embrione, miracidio, uscito dall'uovo, ha nell'acqua vita assai breve: dopo 1½-2 ore comincia a perdere i suoi movimenti vivaci e la forma piuttosto allungata caratteristica, diviene rotondeggiante e muore. Poche altre ore dopo, il disfacimento lo rende addirittura irriconoscibile, come il Condorelli stesso ha potuto sicuramente stabilire.

Accennate alle forme adulte, bene distinte — maschile e femminile — di questo trematode digenetico il Fulci ne ricorda la loro sede abituale nel sistema venoso portale dell'uomo e specialmente ne' suoi rami più bassi del bacino (vene mesenteriche e spleniche) e nelle vene vescicali, uterine ed emorroidali. Parassiti sono stati descritti anche nel pancreas e nei polmoni, ma si tratta di eccezioni. MAZZONE parla anche di uova di bilarzia nel liquido spermatico.

L'O. passa quindi a descrivere tutta l'anatomia patologica, la sintomatologia e le complicazioni di questa malattia che, frequentissima in Egitto, è stata osservata anche lungo l'Africa Orientale ed Austriale fino al Natal, in Cirenaica, in Arabia, in Asia, in Persia, in Asia Minore, in Cipro, in Mesopotamia, in Sicilia, ecc. A questo proposito il Fulci fa rilevare che tanto in questo caso, quanto in quelli descritti da Traversa e Maccotta (*Malaria*, 1916, fasc. 5° e 6°) e da Mazzone (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1917, pag. 56) si tratta di militari, i quali sono stati *tutti* indistintamente a Derna.

Per quanto riguarda la trasmissione della malattia, esclude il Fulci che essa possa dipendere dalla penetrazione del miracidio nell'uomo attraverso la pelle nel momento in cui questo, incidentalmente o per le esigenze del proprio mestiere, viene a trovarsi immerso nell'acqua. Infatti si tratta di un organismo tanto delicato — come il miracidio — dotato di una brevissima vitalità, il quale dovrebbe attraversare il robusto strato cutaneo dell'uomo che solo incidentalmente può trovarsi immerso nell'acqua: questo fatto basterebbe da solo a togliere grande valore a quella possibilità patogenetica.

Inoltre se l'infezione avvenisse nell'uomo per opera del miracidio, verrebbero ad essere aboliti gli stadi intermedi di redia e di cercaria e questo trematode verrebbe ad avere un ciclo evolutivo del tutto diverso da quello degli altri parassiti, ad esso vicini filogeneticamente.

Inoltre se il ciclo fosse miracidio-uomo, la malattia dovrebbe essere già diffusa specialmente in Sicilia, dove è stato già descritto qualche caso di bilarziosi (Traversa e Maccotta) e dove il clima mite permetterebbe lo sviluppo del parassita, il quale sarebbe nocivo specialmente per i lavoratori delle risaie che stanno intiere giornate immersi nell'acqua sino alla cintola.

Il fatto quindi che — malgrado ciò — la malattia non ha potuto sin'ora attecchire in Sicilia, può far pensare alla esistenza di un ospite intermedio, in cui il parassita compie il suo ciclo evolutivo e che manca in Sicilia, mentre deve essere comunissimo in Egitto e in quei paesi in cui la bilarziosi è endemica.

L'O. quindi — considerando l'idea del Condorelli — ritiene che il miracidio, appena fuoruscito dall'uovo, penetri in qualche mollusco d'acqua dolce, frequente in quelle regioni. In esso il parassita compie gli stadi intermedi di sviluppo per poi penetrare nell'uomo, assai probabilmente per la via del canale digerente.

Dal punto di vista patogenetico esclude il Fulci che le uova di bilarzia siano da per sè sole causa di fenomeni infiammatori, perchè in questo caso — a differenza di quelli precedenti studiati a Messina — mancavano all'esame istologico del sedimento urinario le note caratteristiche della infiammazione vescicolare. Le uova della bilarzia — conclude il Fulci — sono da per sè sole causa di ematuria, non di cistite.

È piuttosto assai probabile che le alterazioni provocate dalle uova del parassita (infiltrazioni emorragiche, ulcerazioni, ecc.), favoriscano lo sviluppo di processi flogistici, i quali sarebbero secondariamente determinati dal *bacterium coli* o dai comuni germi patogeni.

Rapidamente discusse la diagnosi, la prognosi e la cura della malattia, il FULCI si sofferma sulla profilassi, la quale dovrebbe mirare ad impedire che le feci e le urine di questi ammalati giungano nelle acque dolci, almeno per qualche tempo dopo la loro emissione.

FISICHELLA (maggiore medico) dice di avere avuto recente occasione di osservare a Messina un caso analogo, che è stato studiato dal prof. Carmelo Ciaccio. Discute la malattia dal punto di vista medico-legale militare e ricorda di avere — nel suo caso — accordato un anno di licenza.

CANTELLA (colonnello medico) ringrazia il Fulci della comunicazione fatta. Trattandosi di una malattia, di cui non si conosce ancora la cura e la cui prognosi è per lo meno assai riservata, egli — dal punto di vista medico-legale — inclina per la riforma di tali malati. S.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il significato dei dolori persistenti o di altri sintomi riferiti ai nervi periferici.

H. W. Wright (*Boston Med. and Surg. Journal*, 30 agosto 1917) enumera le affezioni che possono dar luogo a fenomeni dolorosi o altri sintomi nel dominio di nervi periferici:

A) Nervi cranici. — 1. Infiltrazioni gommose delle ossa craniche possono determinare una cefalea irradiante: la lesione generalmente si inizia come un'osteoperiostite e può direttamente interessare il facciale, l'acustico, l'adducente ed anche il trigemino. Sintomi analoghi possono essere dati da metastasi cancerose e dalle esostosi consecutive alle fratture delle ossa craniche. 2. La *sifilide cerebrale* a tipo meningeo può essere causa di cefalea e di dolori nevralgici. 3. *Sinusiti.* 4. *Tumori cerebrali.* 5. *Disturbi psichici* e specialmente la *nevrastenia* possono dar luogo a cefalea ed anche a fenomeni dolorosi analoghi a quelli di origine organica. 6. L'*artrite* delle vertebre cervicali superiori può essere causa di attacchi più o meno acuti di dolori irradiantisi lungo il nervo occipitale o localizzati alla base dell'occipite.

B) Nervi cervico-brachiali. — Le *artriti* della spalla o delle vertebre cervicali, siano dovute a trauma o ad influenze reumatiche, sono spesso accompagnate da neuriti, che per altro sono sempre secondarie al processo articolare. Le artriti croniche poi precedono per mesi e talora per anni lo sviluppo delle neuriti secondarie. Analogamente si possono avere dolori nevralgici anche in rapporto ai processi morbosi delle articolazioni di sostegno del corpo quali quelle del ginocchio, del piede, la sacro-iliaco e le lombari. In rapporto ai dolori della spalla e della porzione superiore del braccio deve essere considerata anche la eventuale esistenza di borsite subacromiale o subdeltoidea. 2. Anche nel *morbo di Pott* si hanno dolori nevralgici che però di solito hanno la caratteristica di essere a distribuzione radicolare. 3. Nei *tumori del midollo* si possono avere dolori riferiti ai nervi periferici. In questi casi il dolore aumenta progressivamente e dura solo poche settimane. Di solito i disturbi obbiettivi della sensibilità variano di settimana in settimana; così un dolore grave può essere seguito da torpore e parestesia, da analgesia o termoanalgesia localizzata, con debolezza motoria agli arti superiori ed andatura spastica. 4. La *pleurite diaframmatica* può essere causa di dolori brachiali a cagione dei rapporti del frenico col quarto e quinto cervicale. 5. L'*aneurisma della succlavia* può anche provocare dolori brachiali.

C) Plesso lombo-sacrale. — A causa delle complesse ramificazioni di questi nervi il dolore in tali casi non è giustamente diagnosticato. 1. Nella *tabe* i dolori a carico di questo plesso sono molto frequenti e spesso a motivo della mancanza di un conveniente esame neurologico si fanno delle inutili laparatomie. 2. La *meningite sifilitica* del midollo spinale è spesso diagnosticata come reumatismo, neurite o conseguenze di sforzi sacro-iliaci. L'esame del liquido cefalo-rachidiano chiarisce la diagnosi. 3. I *tumori del midollo* sono spesso confusi con artriti e se il tumore ha sede nella cauda equina si fa spesso diagnosi di sciatica. La diagnosi dei tumori della cauda equina è particolarmente difficile perchè i segni neurologici sono pochissimi, il dolore ha lo stesso tipo di quello della sciatica, ed i disturbi sensitivi sono limitati a piccole zone cutanee innervate dal 4° e 5° segmento sacrale e talora anche dal solo 5°, in vicinanza dell'ano. I disturbi vescicali e la paresi degli arti sono assenti nel primo periodo ed il riflesso patellare rimane invariato per molto tempo. La dolenzia della colonna vertebrale alla percussione è un segno di tumore, ma può essere presente anche nell'artrite. L'esame radiologico costituisce un valido sussidio per la diagnosi differenziale con l'artrite, a meno che questa non sia così inveterata da provocare alterazioni ipertrofiche dell'ossa. 4. L'*aneurisma dell'aorta*, la *calcolosi renale*, la *infiammazione degli organi pelvici*, gli *spostamenti dell'utero* possono provocare dolori persistenti nella zona di distribuzione del plesso lombo-sacrale. 5. *Le distorsioni sacro-iliache*, le distorsioni o lussazioni lombo-sacrali dipendenti da trauma o da attitudini viziose sono forse le cause più frequenti di dolori cronici ai lombi e nella zona di distribuzione dello sciatico. Esse danno per lo più dolori agli inguini, alle regioni ileo-inguinali e ileo-ipogastriche simulando alcune sindrome morbose e sopra tutto l'appendicite. 6. I *piedi piatti* sono causa di dolori cronici lombo-sacrali perchè in tali condizioni per conservare l'equilibrio si ha uno sforzo persistente dei muscoli lombari e della coscia. Lo stesso si verifica nelle artriti del piede. 8. I *difetti di posizione e la visceroptosi* provocano dolori lombari ed addominali nonchè disordini

digestivi con costipazione cronica per azione meccanica sulla parete addominale e sulla parte inferiore della colonna vertebrale. D'altra parte in questi pazienti si ha una costituzione neurastenica ed uno stato psico-neurotico, che mentre è l'effetto della visceroptosi ne aggrava le consegenze. *a. a.*

Il trattamento delle contratture funzionali.

Reeve (*The Lancet*, 15 settembre 1917) ha ideato ed applicato un metodo di cura delle contratture funzionali, dal quale avrebbe ottenuto dei notevoli risultati. Il metodo è basato sulla teoria che i fenomeni delle neurosi sono in rapporto più che all'assenza di funzioni normali, alla loro attività eccessivamente disordinata. Il principio del metodo di cura consiste nel determinare uno stato di fatica nei muscoli in contrattura.

Questa si ottiene mediante movimenti passivi in direzione opposta a quella della contrattura. È chiaro che al principio per vincere la resistenza opposta nel muscolo o dai muscoli contratti occorre molta forza, ma in seguito e gradatamente essi a causa dello sforzo continuamente sostenuto perdono la loro forza, la loro tonicità, si stancano e cedono per modo che l'arto o il suo segmento riacquista la posizione normale. Col tempo poi i muscoli riacquistano la loro tonicità normale, si ristabilisce l'equilibrio dinamico con i muscoli vicini ed antagonisti.

Il metodo avrebbe molti vantaggi: 1° Non è necessario alcun apparecchio speciale, nè una particolare competenza da parte del medico curante. 2° È accessibile a tutti perchè non è necessaria la influenza personale del medico come nel trattamento puramente suggestivo; per quanto non si possa negare che la suggestione abbia la sua parte sopra tutto nell'evitare la ricomparsa della contrattura. Il medico deve persuadere il paziente che la deformità è guarita e che non si manifesterà più. 3° È applicabile ai casi precedentemente trattati con altri metodi senza successo, e la sua efficacia non è pregiudicata dai precedenti insuccessi. 4° Il processo col quale si elimina la contrattura è del tutto fisiologico e completamente estraneo alla volontà del paziente. 5° Il timore di ricaduta ridotto dalla mancanza di conoscenza da parte del paziente sia del meccanismo di produzione della contrattura e del modo con cui essa fu curata. 6° Il trattamento infine è molto riguardoso per il paziente. D'altra parte richiede in confronto di altri metodi poco tempo, il che durante la guerra costituisce un non disprezzabile vantaggio. DR.

Sugli innesti nervosi.

A. D'Agostino (*Archivio di Ortopedia*, vol. XXXIII) ha ripreso sperimentalmente lo studio degli innesti dei differenti tronchi nervosi. Egli ha praticato l'innesto di un nervo di senso, il safeno, sul tronco di un nervo misto, lo sciatico. Come animale da esperimento ha scelto il coniglio. Dagli esperimenti fatti e dai risultati ottenuti l'A. ha potuto trarre le seguenti conclusioni di natura morfologica e funzionale:

1° Dopo il primo mese la cicatrice tra i due capi dei nervi innestati è completa;

2° Completa anche tra essi capi è la continuità morfologica dopo il terzo mese;

3° La rigenerazione si ha in massima parte dal moncone centrale ed in minima dal periferico;

4° Innestando il capo centrale del nervo sensitivo col periferico del misto, oltre a ottenersi la completa rigenerazione nella cicatrice, si ha anche il ripristino della funzione muscolare;

5° Innestando il capo centrale del misto sul periferico del sensitivo si ottiene anche il ripristino della funzione muscolare, purchè tale nervo dia diramazioni ai muscoli nei quali si vuole ritornata la funzionaltà;

6° Tali nervi debbono essere anatomicamente disposti in modo da rispondere a tutte le indicazioni necessarie per la esecuzione dell'innesto.

L'A. osserva che ulteriori ricerche, indagini ed esperimenti potranno dilucidare la questione della possibilità di applicare sull'uomo le conclusioni derivanti dagli esperimenti fatti sul coniglio. *a. a.*

NOTE DI TECNICA.

Le inclusioni di Döhle nella diagnosi di scarlattina.

Le inclusioni leucocitarie che Döhle ha indicato come caratteristiche della scarlattina sono state suddivise da Reheder in atipiche e tipiche. Appartengono alle prime le inclusioni piccole sia rotonde che allungate e quelle grandi rotonde; sono invece tipiche le inclusioni grandi allungate, quelle poliforme, quelle contorte ed i tripocheti, ossia inclusioni a forma serpentina, considerate da Döhle come spirocheti.

L'esame si pratica facendo il solito striscio di sangue sul vetrino e fissando preferibilmente con alcool metilico; a colorazione si fa con qualsiasi metodo, p. e. col blu boracico di Manson, diluita a 1.40, che si fa agire fino a che le emazie siano di colore blu pallido (circa 15 se-

condi). L'osservazione si pratica di preferenza con l'immersione, specialmente all'orlo dello striscio dove si accumulano i leucociti. Occorrerà stabilire la percentuale dei leucociti con inclusione, il numero e la forma di queste.

G. Wagner (*Munch. Med. Wochens.*, 1916, numero 29) ha studiato recentemente il valore pratico di tale ricerca ed ha riconosciuto che non è possibile stabilire con il solo esame di laboratorio se si tratti o non di scarlattina; esso però può fornire al medico curante un criterio di una certa importanza. Quando mancano le inclusioni nel sangue prelevato in 2ª-6ª giornata, si può escludere la scarlattina. Per quanto più alta è la percentuale dei leucociti con inclusioni, quanto maggiore è il numero di queste, in ogni singolo leucocita, tanto maggiore è la probabilità che si tratti di scarlattina. Le piccole inclusioni compaiono anche in altre malattie, le grandi raramente, quelle contorte sembrano essere specifiche della scarlattina. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(926) *Preparazione della tintura di noce vomica.* — Al dott. G. B.:

La tintura di noce vomica va preparata con alcool a 80°; non può quindi adoperarsi il vino bianco, che ha un grado alcoolico molto inferiore (in media 10°-12°). FIL.

(927) Al dott. G. C., Zona di Guerra:

Di trattati e manuali italiani d'igiene abbiamo: *Manuale dell'igienista* diretto dal CELLI, Torino, U. T. E. T., 1906-7; PAGLIANI, *Trattato d'igiene*, Milano, Vallardi; DE GIAXA, *Manuale d'igiene*, Milano, Vallardi; SANARELLI, *Manuale d'igiene generale e coloniale*, Firenze, Treves, 1914; DE GIAXA, *Compendio d'igiene*, Napoli, Giannini, 1891; DI VESTEA, *Principî d'igiene*, Torino, U. T. E. T., 1908; TONZIG e RUATA, *Manuale pratico dell'igienista*, Milano, Hoepli, 1907; BELFIORE, *Manuale dell'ufficiale sanitario*, Napoli, Pierro, 1897; di traduzioni contiamo quelle del RUBNER (Milano, Società Edit. Libraria, 1906-8), dell'HUEPPE (Roma, Società Editrice Dante Alighieri, 1906), del GAERTNER (Milano, F. Vallardi), del FLUEGGE (Napoli, Pasquali), ecc. L. V.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali, ovvero con il numero d'abbonamento: ma è necessario che gli scriventi ci si facciano conoscere.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MAUCLAIRE. *Chirurgie de guerre. Chirurgie réparatrice et orthopédique.* Un vol. in-8° di 532 pag. con 316 fig. J. B. Baillière et fils éd., Parigi. Prezzo L. 16.

L'A. riassume in queste ventiquattro lezioni la pratica attuale della chirurgia di guerra. Certamente la relativa benignità delle ferite di guerra, in cui si credeva un tempo, è ben lungi dall'essere realizzata nella guerra attuale, in cui la parte preponderante dell'artiglieria ha moltiplicato le complicazioni infettive e nervose delle ferite. La chirurgia di guerra è dunque da considerarsi come una chirurgia speciale e, come tale, è bene che venga trattata a sè.

Vengono partitamente studiati i diversi problemi, che possono sorgere nella pratica e sistematicamente integrati in capitoli speciali, che prospettano l'aspetto odierno delle questioni. Il funzionamento dei servizî, il trattamento generale delle ferite, le infezioni, lo choc, le ferite dei nervi, delle articolazioni, le osteomieliti traumatiche, gli apparecchi di protesi, ecc., vengono volta a volta debitamente considerati ed illustrati. Vi è tenuto anche conto della produzione italiana. I. P.

A. BROCA. *Troubes locomoteurs consécutifs aux plaies de guerre.* Collection Horizon, Masson e C., Parigi. Prezzo L. 4.00.

L'esperienza ha dimostrato che molti disturbi consecutivi alle ferite osseo-articolari si possono facilmente prevenire, attenuare ed anche guarire quando il medico conosca e metta in pratica un pò di chirurgia ortopedica. È per questa considerazione che l'A. si è deciso alla presente pubblicazione. Vi sono lucidamente e semplicemente descritte le principali operazioni, le loro indicazioni, i loro risultati.

Questo eccellente volume della fortunata Collection Horizon va consigliato ai medici militari. Esso suggerisce precetti, dà norme e consigli che valgono a rendere meno dannosi gli effetti delle ferite di guerra. *a. a.*

F. LE MOINE. *Lésions ostéo-articulaires causées par la pénétration des projectiles de guerre à travers le genou.* Un vol. in-8° di 63 pag. con 20 tavole fuori testo e 13 fig. Vigot Frères, éd., Parigi.

Le lesioni osteoarticolari del ginocchio causate da proiettili di guerra formano una entità traumatica di tale importanza e gravità da rendere di indiscutibile utilità il trattarne con una certa ampiezza. Per la stessa disposizione

anatomica, i diversi proiettili di guerra colpendo la regione con un'incidenza variabile vi determinano una ricca serie di lesioni gravi, che l'A. esamina accuratamente, accompagnando le storie cliniche con riproduzioni di radiografie, schemi, ecc.

L'ultima parte del lavoro integra i dati raccolti in succinte descrizioni indicando i metodi di trattamento. *ini.*

P. ALQUIER e I. TANTON. *L'appareillage dans les fractures de guerre.* Un vol. in-8° di 248 pag. con 182 fig. Masson et C.ie, éd., Parigi, Prezzo L. 7.50.

Da un buon apparecchio applicato a tempo può dipendere la sorte del ferito; il problema però non è solamente importante; esso è anche assai difficile per la grande complessità dei casi che può involgere.

Gli AA. insistono sulla necessità dell'intervento, che deve essere precoce, metodico, completo ed esaminano dapprima le questioni generali ad esso inerenti.

Passano poi al trattamento ortopedico speciale delle diverse fratture e resezioni, dedicando da ultimo un capitolo alla protesi provvisoria per gli amputati. Il lavoro è condotto bene, è ricco di consigli pratici, di considerazioni critiche sui diversi metodi in uso ed è consigliabile a quanti hanno occasione di occuparsi dell'argomento. *ini.*

VARIA.

Il sorgo e le sue utilizzazioni.

Il farmacista militare francese maggiore Andrea Piédallu ha presentato all'Accademia d'Agricoltura di Parigi una memoria destinata a provare la meravigliosa utilizzabilità del sorgo (Sorghum vulgare, v. saccharatum). Questa graminacea, secondo i precisi studi fatti dal Piédallu, può infatti fornire zucchero, foraggio, carta, tintura per le stoffe e farina. Originario dell'Africa equatoriale, poi diffuso in Egitto, India e Cina, il sorgo fu portato nel XV secolo in Italia dai genovesi e dai veneziani. Nel 1850 la Società francese d'acclimatazione lo raccomandò vivamente agli agricoltori; ma allora la nuova pianta da zucchero non fu giudicata interessante. Oggi i tempi sono cambiati. Il suo rendimento di zucchero è considerevole in un clima appropriato: in Cina il sorgo dà 1.650 chili di zucchero all'ettaro. Le fibre della sua pianta, ricchissime di cellulosa, possono rendere 4-5 tonnellate di pasta da carta all'ettaro; e Piédallu, con i mezzi modesti del suo laboratorio, ne ha ricavato una carta bianchissima, di aspetto magnifico. Le foglie sono buone come foraggio, le radici utilizzabili per la produzione dell'alcool, il seme è fornito di amido, di materie azotate e di materie grasse che danno una farina bigia, di buon sapore, la quale potrebbe essere utilmente mescolata a quella di grano nella panificazione, ed è avvolto di glume da cui si possono ricavare ottime materie coloranti. L.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ONANO GIOVANNI. Alcuni casi di tetano trattati con la cura mista. — Milano, 1916.

CAVAZZANI EMILIO. Il rene del soldato italiano nella guerra 1915-1916. — Milano, 1916.

INADA R., IDO Y., HOKI R., KANEKO R. and ITO H. The etiology, mode of infection, and specific therapy of Weil's disease (Spirochaetosis icterohaemorrhagica). — New-York, 1916.

FRUGONI CESARE, GARDENGHI GIUSEPPE, ANCONA GIACOMO. Studi su l'ittero epidemico castrense (con speciale riguardo all'eziologia e ad una particolare sindrome di iposurrenalismo cronico residuale). — Firenze, 1916.

CAUTIERO GIACOMO. Brevi considerazioni sulla natura di alcune ferite riportate in guerra. — Portici, 1916.

FEDERICI NICOLINO. Laparatomia per colecistite calcolosa (guarigione rapida). — Milano, 1917.

BABINI ROSOLINO. L'alimentazione economica e la masticazione. — Milano, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'autonomia della Sanità militare.

Se il nostro Governo per dare l'autonomia al corpo sanitario militare attende che esso sia un fatto compiuto in altri paesi possiamo rassicurarlo. In Francia, dove tale riforma si è imposta ed è stata richiesta per gli stessi motivi che la rendono indispensabile da noi, è stata già attuata ed ora va completandosi.

Il corpo sanitario francese sta per acquistare per legge dello Stato la invocata e già in parte ottenuta autonomia.

Per opera del sottosegretario Godart il servizio sanitario dell'esercito francese si era gradualmente emancipato; ma oggi questa emancipazione sta diventando più completa e più organica per effetto di un disegno di legge presentato all'approvazione del Parlamento.

Noi abbiamo già dato in altri numeri la documentazione della necessità che la sanità militare in zona di guerra, come è stato già fatto al Ministero della guerra con la istituzione della relativa Direzione generale, sia sottratto dalla soggezione di altri servizî più o meno incompetenti, per modo che essa acquisti quella padronanza di sè stessa, quell'autorità e quel senso di responsabilità che le consentono di assolvere la propria missione più adeguatamente alle enormi esigenze del momento ed il più rapidamente che sia possibile.

Ma nel presupposto che gli argomenti che abbiamo portato a sostegno della nostra tesi non sembrino persuasivi, o che, come è più certo, noi non abbiamo autorità sufficiente per pretendere di essere ascoltati, riassumiamo la relazione fatta dal signor Mourier a nome della Commissione dell'esercito francese incaricata di esaminare il progetto di legge che stabilisce l'autonomia dei servizî sanitarî.

Il rapporto comincia col constatare che il corpo degli ufficiali del servizio di sanità si trova in riguardo ai combattenti in una posizione materiale e morale che pesa sulla dignità degli individui, diminuisce le risorse della loro attività ed altera le condizioni essenziali della loro professione.

Malgrado il valore individuale dei singoli componenti, malgrado la disciplina leggendaria dei suoi componenti il corpo sanitario è ridotto all'impotenza perchè non è che un « servizio » funzionante senza autorità propria sotto la tutela gelosa del Comando. Accettati o tollerati come semplici consiglieri, ai quali si domanda qualche volta il parere senza per questo essere tenuti a seguirlo, i medici non sono mai ammessi all'elaborazione delle misure di ordine generale atte a preservare la salute del soldato e ad assicurare l'assistenza ai feriti. Avvenimenti tragici honno dimostrato all'evidenza i difetti di questo servizio male armonizzato con i bisogni dell'esercito moderno e che non possono più prolungarsi senza gravi danni.

Dopo di che il rapporto fa la storia delle varie modificazioni subìte dal servizio sanitario dell'esercito francese dall'epoca napoleonica fino alla legge del 1884, che ne fissò l'organizzazione come si trovò nell'agosto 1914.

Ma dopo i primi combattimenti si ebbe la prova che, malgrado i progressi fatti, i servizî sanitarî non avevano l'organizzazione ed i mezzi per far fronte alle esigenze di una guerra così sanguinosa. Mano a mano molti errori furono riconosciuti e riparati, molte deficienze colmate. Ma, malgrado ciò, le insufficienze e le manchevolezze si ripetettero con una inesorabile periodicità. E ciò non per mancanza di mezzi o per colpa di uomini, ma per colpa di metodi, di regolamenti, di organizzazione.

Questa organizzazione toglie al medico militare ogni libertà di azione nel suo proprio dominio. Messo alla dipendenza della Intendenza il servizio sanitario non è autonomo che in teoria. Esso funziona sotto la dipendenza assoluta dello stato maggiore, che lo considera come un parente povero, un esecutore di second'ordine ignorato durante la preparazione delle operazioni militari. Non si domanda il suo parere sulla dislocazione, sulla capacità, sul numero degli ospedali. Il capo superiore dei servizî di sanità di armata, corrispondenti ai nostri direttori di sanità di armata, non hanno alcun contatto con i generali comandanti di armata, per i quali dovrebbero essere i consiglieri tecnici ed i collaboratori indispensabili. Egli per altro non può disporre nè del personale, nè del materiale, ma deve farne volta per volta richiesta all'Intendente, cioè ad ufficiali che sono assolutamente incompetenti in materia sanitaria.

Gli effetti tristissimi di questo illogico stato di cose consigliarono la promulgazione di una serie di decreti, mediante i quali fu affermata l'autorità degli ufficiali medici. Il medico capo del servizio di sanità di un'armata studia d'accorpo col capo di stato maggiore tutte le misure sanitarie e specialmente l'impiego ed il funzionamento delle formazioni ospedaliere ed il regime delle evacuazioni. Sorveglia l'acqui-

sto del materiale e ne regola la distribuzione. La riserva del personale sanitario non dipende più da un ufficiale estraneo al servizio. In tutte le grandi unità un rappresentante del corpo di sanità è addetto allo stato maggiore allo stesso titolo del personale delle altre armi ed il medico di stato maggiore ha la delegazione permanente del generale comandante per tutti gli ordini da darsi alle unità sanitarie.

Queste misure costituiscono un progresso importante: danno al corpo sanitario i mezzi di cui ha bisogno per compiere la sua opera, assicurano i rapporti con il Comando e migliorano la direzione e l'esecuzione del servizio. Ma esse hanno il grave difetto di poggiarsi su un semplice decreto, che d'altra parte non abroga le precedenti disposizioni che mettono i medici militari in una situazione d'inferiorità materiale e morale in rapporto agli ufficiali delle altre armi e fanno del corpo di sanità un servizio, nel senso militare della parola, ridotto alla funzione di « servitore » e sprovvisto di ogni prerogativa di autorità e di iniziative.

La legge che è proposta all'approvazione del Parlamento rende più efficace i precedenti decreti completandoli, armonizzandoli, abrogando tutte le altre disposizioni che contrastavano con essi.

Con l'applicazione di tale legge la Sanità sarà un'arma autonoma e come l'artiglieria ed il genio gli ufficiali medici godranno le medesime prerogative, gli stessi privilegi degli ufficiali delle armi combattenti.

La relazione conclude affermando che il corpo sanitario, godendo entro i limiti della propria competenza la libertà più completa, disponendo di tutte le sue truppe, e di tutti i suoi mezzi di azione, potrà meglio attendere al suo compito.

Ma per ottenere ciò conviene anche che non vi sia alcuna soluzione di continuità tra il servizio sanitario al fronte e la Direzione centrale incaricata di approvvigionare l'esercito di personale e di materiale sanitario. La Direzione centrale deve essere la sola padrona di tutti i servizî medici.

Per assicurare questa sorveglianza in tutti i momenti è consigliabile istituire per l'arma sanitaria, così come si pratica per le armi combattenti, un posto di capo di stato maggiore destinato a mantenere il contatto permanente tra il ministro e la zona di guerra.

In Italia alla istituzione di questa carica, che è il direttore generale della Sanità militare, si è già provveduto; ma le sue attribuzioni sono ancora limitate e non sono ancora sufficientemente estese alla direzione effettiva del servizio sanitario nella zona di guerra. Questo da noi rimane sempre allo stato di soggezione dell'Intendenza generale. Noi siamo ancora ben lungi da quel che da tempo si è praticato in Francia in fatto di autonomia, e che ora riceverà una più solenne sanzione ed una maggiore accentuazione con l'approvazione del Parlamento.

Chi confronti la relazione del signor Mourier con quanto noi esponemmo nel primo numero dell'anno in corso di questo giornale troverà molta analogia tra gli inconvenienti lamentati ed i rimedi consigliati.

Auguriamoci che il nostro Governo, se non ha saputo trarre dalla tragica constatazione dei fatti suggerimenti per adeguati provvedimenti, saprà ispirarsi all'esperienza di altri paesi che non meno di noi hanno scontato gli errori di vecchie ed inadeguate organizzazioni.

PANGLOSS.

Modalità d'assunzione dei medici al servizio militare. — Riceviamo e pubblichiamo:

Egregio collega *Pangloss*,

I medici che non hanno fatto servizio militare vennero e tuttora vengono precettati come soldati laureati in medicina. Nel tempo stesso sono invitati a chiedere la nomina ad ufficiali con un grado proporzionale ai loro documenti, anni di laurea, ecc., ecc.

Ora, se il servizio come semplici soldati venisse consumato in un corso di istruzione militare, o di cultura medico-militare, ciò sarebbe giusto e utile. Ma siccome il servizio di semplice soldato si fa in un ospitale, e dura finchè la pratica va e viene e dorme a Roma, mi pare che il buon senso dovrebbe, dopo 3 anni di guerra, sburocratizzare un po' anche il mondo militare, e combinare le cose in modo tale che, il medico venisse subito fatto ufficiale, e come tale messo in valore. Fermo, se vuoi, restando il principio di dieci medici per ospedali da 300 letti come vi sono ora.

Saluti. Tuo collega 1094.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7147) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. A. da M. — Se l'interino fu nominato per coprire un posto di medico condotto compreso nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri, come qualsiasi altro impiegato comunale.

(7148) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. B. da R. T. — Percependo l'annuo complessivo stipendio di lire 550 ha indubbiamente diritto alla indennità caro-viveri nella misura di lire 30 mensili giusta quanto dispone l'art. 1° del D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181.

(7149) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. V. da C. — I medici di Opere Pie aventi servizio di condotta a sgravio del Comune, non cessano di essere impiegati di amministrazioni di beneficenza. Essi non hanno alcun rapporto economico con la Amministrazione municipale, la quale, secondo le convenzioni stabilite, può, tutto al più, essere tenuta a contribuire nella spesa devolvendo a favore della Opera Pia un annuo concorso. E poichè il D. L. del 26 luglio 1917 non contempla gli impiegati dipendenti dalle Opere Pie, consegue che costoro non hanno diritto alla indennità caro-viveri, che può, del resto, essere volontariamente concessa da ogni singola amministrazione.

(7150) *Dispensa dal servizio militare.* — Dott. G. B. da V. — Se il medico provinciale non ha incluso, come afferma, il suo nome nello elenco di coloro che debbono essere scrutinati dalla Commissione provinciale per gli esoneri, crederemmo opportuno che Ella richiamasse su tal fatto l'attenzione del sig Prefetto della Provincia, dovendo la intera Commissione predetta pronunziarsi in argomento e non un solo componente della medesima. Riteniamo poi che all'interino non possa competere l'esonero sia perchè di classe posteriore a quella del 1884, sia perchè non può dimostrare di essere stato assunto in servizio prima dello inizio della guerra, condizione questa che è tassativamente richiesta dallo art. 1° lettera *c*) del D. L. 9 dicembre 1917, n. 1985. Il Decreto che riguarda gli esoneri dei medici condotti trovasi pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 21 dicembre 1917, n. 300.

(7152) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. Abbonato 8178. — Riteniamo che Ella non potrà essere riconfermata nello esonero perchè essendo stata nominata nel luglio 1915 non può dimostrare di essere stato assunto in servizio prima dello inizio della guerra, giusta quanto tassativamente prescrive la lettera *c*) dell'art. 1° del D. L. del 9 dicembre ultimo, n. 1985. La revisione delle dispense precedentemente concesse è fatta a cura e ad iniziativa della Prefettura, alla quale Ella, se crede potrà far tenere il certificato di inabilità alle fatiche di guerra.

(7153) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. D. S. da C. — Tutte le dispense già concesse sono revocate e riesaminate a cura e ad iniziativa della Prefettura. Ella, quindi, non deve fare alcuna pratica ma attendere la decisione che la Commissione, all'uopo istituita in ogni Provincia, prenderà a suo riguardo.

(7154) *Somministrazione di medicinali senza la ricetta del medico.* — Dott. P. R. da T. — Farà bene denunziare ad un ufficiale di polizia giudiziaria il fatto che Ella ha, con non dubbie prove, accertato, che qualche farmacista somministri la morfina senza la prescritta ricetta dal medico. Non vi è obbligo di denunzia speciale per chi muore per abuso di morfina.

(7155) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da D. — Ella ha diritto alla indennità caro-viveri in ragione di lire 24 mensili. Tale somma deve essere pagata dal Comune per intero, giacchè il D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, non contempla le Opere Pie e, quindi, queste non sono obbligate a corrispondere indennità caro-viveri ai proprî dipendenti.

(7156) *Indennità caro-viveri. — Pagamento.* — Dott. R. P. da F. di A. — Se l'esattore non ha anticipato a tutto oggi l'ammontare complessivo dei ruoli comunali che deve esigere entro l'anno, non è giustificato il rifiuto di pagamento del mandato caro-viveri, che è annesso allo stipendio della condotta. Se il rifiuto dell'Esattore risultasse giustificato, non Le resta altra via che ricorrere al Pretore del Mandamento perchè ordini un sequestro conservativo di tutte le entrate comunali, di guisa che queste appena riscosse verrebbero depositate, salvo il giudizio di merito che si potrà svolgere nel frattempo.

(7157) *indennità caro-viveri.* — Dott. V. B. da M. — Poichè la supplenza del collega non è provvisoria ma per la intera durata della guerra, il relativo compenso da lire 3600 deve essere cumulato con lo stipendio di lire 3000 agli effetti della indennità caro-viveri. Ciò posto, riscuotendo Ella la complessiva somma annua di lire 6600, non può aver diritto alla indennità caro-viveri.

(7158) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. P. da M. — Poichè Ella serve la seconda condotta da oltre tre anni, non trattasi di incarico provvisorio, ma bensì di incarico continuativo almeno per la durata della guerra. Il relativo compenso di lire 4000 si deve, pertanto, aggiungere allo stipendio di condotto di altre lire 4000 agli effetti della indennità caro-viveri.

Risultando tale somma superiore alle lire 4500, che è il limite massimo stabilito per la concessione della indennità, Ella non ha diritto a riscuoterla.

(7159) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi - Chiusura di Istituto di cura.* — Dott. M. B. da Sondrio. — Le pubbliche amministrazioni civili nel computo della differenza da corrispondersi al medico condotto chiamato sotto le armi debbono tener conto del solo stipendio militare, esclusa qualsiasi altra indennità od assegno speciale, che vien corrisposto ed in quanto l'individuo è militare. I rapporti giuridici che sorgono fra medico ed amministrazione nel caso di chiusura di uno Istituto di cura, sono regolati dai rispettivi capitolati od atti di nomina in quanto al preavviso per il licenziamento ed il pagamento degli stipendi che sono dovuti in

riparazione della imprevista perdita del posto per soppressione.

(7160) *Pensioni.* — Dott. E. S. da R. — Anche durante lo stato di guerra Ella può chiedere il collocamento a riposo per ragioni di salute e la conseguente liquidazione della pensione. Per dare le dimissioni basta presentare analoga dichiarazione al Sindaco per i provvedimenti del Consiglio comunale. Per chiedere la liquidazione della pensione dovrà far tenere all'ufficio sanitario della Provincia, a mezzo del Sindaco, motivata domanda, alla quale deve essere unito l'atto di nascita, la laurea originale lo stato di servizio, gli atti di nomina, di aspettativa, di licenziamento o di accettazione delle dimissioni, ed un certificato del Sindaco comprovante i periodi di prestazione del servizio, con a tergo l'elenco degli stipendi annui percepiti, il tutto a norma degli articoli 56 e seguenti del Regolamento approvato col D. L. del 7 gennaio 1917, n. 295. Per la ricerca del chirurgo che potrà sostituirla costà si potrà, a suo tempo, fare un breve avviso nella apposita rubrica di questo giornale *Concorsi e condotte.*

(7162) *Infortunio -Pensioni.* — Dott. V. C. da A. — Alla famiglia del defunto collega non compete pensione od indennità a carico della Cassa di previdenza dei medici condotti perchè egli era ad essa inscritto da meno di 10 anni. Dal momento che il viaggio si compiva per ragioni di servizio, potrebbe competerle la pensione militare qualora concorressero gli estremi di carriera, necessarii per ottenerla a norma del regolamento sulle pensioni militari. Riteniamo, però, che si abbia diritto a rivalsa di danni da parte della amministrazione ferroviaria per la colpa avuta nell'avvenuto infortunio a mente del principio generale contenuto nell'art. 1152 del Codice civile. Alla vedova ed ai minori non compete sussidio a carico del Monte-pensioni dei medici condotti. Se per spese fatte intende quelle relative a tasse pagate per il non eseguito trasporto della salma, può queste ripetere facendone regolare domanda alla Intendenza di finanza; se si tratta di altre spese non vi è chi possa rimborsarle. I minorenni avrebbero diritto a posti gratuiti nel Collegio-convitto degli orfani dei sanitarii in Perugia.

Doctor JUSTITIA.

Servizio Medico-militare. — All'abb. n. 9398:

Per ottenere l'avvicendamento occorre *aver compiuto* 40 *anni* e trovarsi da oltre un anno in zona di guerra.

La sua classe non si trova ancora in queste condizioni.

Al dott. V. M., zona di guerra:

Quella da Lei citata sarà una circolare interna d'Armata.

Non esiste nessuna disposizione del genere, che abbia carattere generale, nè del Ministero, nè del Comando supremo.

All'abb. n. 6203:

Se il collega ha compiuti i 40 anni di età e trovasi da oltre un anno in zona di guerra ha diritto ad essere avvicendato.

Ne presenti quindi regolare domanda al Comando del Corpo d'Armata dal quale dipende, soggiungendo il Corpo d'Armata territoriale nel quale desidera prestar servizio, dopo l'avvicendamento, senza di che verrebbe rimandato alla propria abituale residenza.

All'abb. n. 5480:

Realmente il trattamento da lei subito, malgrado tutte le necessità del servizio, non risponde nè allo spirito nè alla lettera delle norme date dal Ministero per l'avvicendamento.

Può esservi forse stato errore del Comando dal quale è partito l'ordine della sua seconda mobilitazione. Io le consiglio di reclamare al Ministero per via gerarchica.

Al dott. S. C., Zona di guerra:

Gli studenti di medicina degli ultimi due anni secondo le ultime disposizioni non possono lasciare quest'anno la zona di guerra.

Possono però far richiesta di conseguire il grado di *aspirante.*

All'abb. n. 4629:

Le decisioni della Commissione degli esoneri sono insindacabili. Il Ministero della guerra non può quindi far altro che eseguire le decisioni di detta Commissione.

All'abb. n. 5366:

Nessuna disposizione nel senso da lei accennato esiste per i medici delle classi 81-82-83.

All'abb. n. 7455:

Non è improbabile che data la relativa anzianità della sua classe l'esonero le venga conservato, ma sulla necessità o meno di tale provvedimento dovrà pronunciarsi la Commissione provinciale che sola è in grado di valutarla.

All'abb. n. 1575:

In caso di richiamo sotto le armi per acquistare il diritto all'avanzamento dovrà permanere almeno quattro mesi in zona di guerra.

All'abb. n. 9271:

Essendo il collega ancora degente all'ospedale *per ferite riportate in guerra* ha pieno diritto ad essere messo sui quadri di avanzamento.

All'abb. n. 8957:

L'indennità di prima vestizione, attenendosi alla *lettera* delle disposizioni citate, è conferita ai *soli sottotenenti* di prima nomina e non ai *tenenti.* L'addebito fatto quindi al tenente effettivo, che ha percepito tale indennità, è regolare. Sarebbe logico però che le disposizioni legislative fossero in proposito mutate, poichè esse furono promulgate quando ancora esistevano i *sottotenenti medici effettivi* ed io consiglierei il collega di presentare un reclamo al Ministero.

Al dott. G. G. da C.:

Nessuna disposizione esiste nel senso da lei accennato, che risulti da circolari o da ordini ministeriali. Per gli avanzamenti gli ufficiali della Croce Rossa sono equiparati a quelli dell'Esercito ed i capitani medici di sanità promossi maggiori hanno l'anzianità dal 14 gennaio 1915.

Su tale base ella potrà calcolare l'epoca d'un possibile avanzamento.

All'abb. n. 4337:

In base alla circolare n. 734 del 1916, Ella non ha ancora i titoli che la Commissione richiede per conferire ai medici il grado di capitano.

All'abb. n. 6214:

Le norme dell'Elenco sono comuni per tutti gli ufficiali ed i militari in genere.

Nessuna distinzione particolare del senso di quelle accennate dal collega è stata fatta per i medici.

All'abb. n. 4383:

Per la promozione al grado di capitano occorre la incondizionata idoneità che dovrà risultare da una nuova visita alla quale Ella sarà sottoposto.

Allorchè avrà compiuti i 40 anni avendo passato oltre un anno in zona di guerra ha diritto ad essere lasciato in zona territoriale come avvicendato, anche se promosso capitano.

Al dott. M. G. da G.:

Nessuna disposizione è stata data *quest'anno* per il trasferimento dei militari studenti di medicina nelle compagnie di sanità.

Quindi anche se, presentandosi agli esami assegnati al 1° Corso, suo figlio venga approvato, non può per questo aspirare a far passaggio in sanità.

All'abb. n. 1315:

La nuova visita riguarda gli ufficiali delle classi dal 74 in poi. Ella quindi ne è escluso.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine al merito del Lavoro.

È stato insignito della Croce di Cavaliere del Lavoro il dott. Giorgio Romiati, capitano medico di complemento, che già da molti anni si è totalmente dedicato alla redenzione morale ed al risanamento igienico ed agrario di una vasta zona valliva in provincia di Venezia. Nella recente ritirata, provvide egli stesso ad allagare la vasta bonificata per ostacolare l'invasione nemica, distruggendo il frutto delle sue lunghe fatiche. per la difesa della Patria.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavalieri: Darra dott. Vittorio e Rossi dott. Alfredo, colonnelli medici.

Ordine della Corona d'Italia.

Cavaliere: Nobili dott. Giuseppe M., da Poggio Moiano.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Frugoni prof. Cesare, maggiore medico di complemento. — Direttore di un ospedale, essendo scoppiato un vicino deposito di munizioni, mentre da ogni parte con violente esplosioni venivano lanciati in aria proiettili e scheggie, benchè leggermente ferito, ripetutamente e volontariamente si esponeva al grave pericolo per incitare i suoi dipendenti nell'opera di salvataggio e per trasportare e curare i feriti dando un bell'esempio di calma e di coraggio. — (S. Osvaldo, 27 agosto 1917).

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. cav. ARTURO MAGRINI, della Carnia (ora capitano medico assimilato all'Ospedale di Riserva d'Imola), perdette nel marzo 1916 il figlio ERMANNO, sottotenente negli Alpini, decorato con medaglia d'argento al valor militare poichè, ferito, continuò a combattere, guidando i suoi contro le trincee nemiche, ove trovò morte gloriosa.

Il *Medico Italiano* pubblica i nomi di alcuni Colleghi colpiti nella loro eroica paternità; essi sono i dottori: Antonio Cioia (Milano) - Saverio Morabito (Milano) - Giuseppe Fantino (Torino) - Giovanni Mussini (Tromello) - Papinio Pennato (Udine) - Francesco Mazza (Venezia) - Giuseppe Luxoro (Genova) - Emilio Bassi (Martinengo) - Luigi Corbella (Ovada) - Giuseppe Cattani (Milano) - Francesco Petrazzani (Reggio E.) - L. A. Corbellini (Bellagio) - Leopoldo Vignali (Lissone) - Vertore Giuseppe (Milano) - Toller (Avosio) - Domenico Pernigotti (Alzate Verzago) - Abbondio Rompani (Lezzano) - Costanzo Perico (Sirone) - Lamberto Pisani (Montebello) - Ercole Boselli (Stradella) - Gallotti (Marone) - Armando Benzi (Trezzo d'Adda).

NOTIZIE DIVERSE

La Croce Rossa contro l'uso dei gas velenosi.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa, residente in Ginevra, ha, in data 9 febbraio, rivolto ai belligeranti un appello contro l'uso sempre crescente di gas velenosi, ricordando che nella convenzione dell'Aja vi è una clausola che vieta di usare veleni od armi avvelenate, e così pure armi, proiettili o materie atti a causare mali superflui.

La gara tra i due gruppi belligeranti conduce all'applicazione di gas sempre più tossici, che spesso non arrestano la loro azione nociva alle truppe combattenti, ma offendono irreparabilmente l'incolumità delle pacifiche popolazioni delle estreme retrovie.

La Croce Rossa, riportandosi ai suoi principii, ritiene suo stretto dovere intervenire, per scongiurare un così feroce inasprimento dei metodi di guerra.

I professori universitari di Cagliari.

I professori ufficiali, i dottori aggregati e i liberi docenti della R. Università di Cagliari, riuniti in solenne assemblea ad iniziativa della locale Sezione della Associazione nazionale fra i professori universitari, hanno votato un ordine del giorno con cui riaffermano la fede nelle fortune della Patria e l'incrollabile proposito che la guerra sia proseguita fino alla vittoria; inviano un fervido saluto di riconoscenza e di ammirazione all'Esercito ed all'Armata; invocano una vigile e ferma condotta di governo, che sgomini le palesi e occulte insidie contro la politica di guerra, ed eliminando le colpe e gli errori del passato, faccia convergere tutte le energie della nazione al fine supremo della Vittoria; deliberano di aderire al «Fascio di difesa nazionale», confidando che dal consenso e dal plauso degli Atenei, ove le nuove generazioni vennero educate al culto della Patria e della Scienza, esso tragga nuove forze e nuovi incitamenti per le future battaglie politiche e parlamentari; e deliberano di sottoscrivere ed offrire al Ministro del Tesoro la somma di lire due mila in cartelle del nuovo prestito, perchè ne disponga a beneficio dell'«Opera Nazionale per i combattenti».

Le Università libere e la guerra.

L'Associazione tra i professori delle libere Università di Camerino, di Ferrara, di Perugia e di Urbino, ha votato un ordine del giorno, nel quale «esprimendo la fede indistruttibile nella vittoria finale, si associa alle altre Università del Regno nel formulare i più fervidi voti perchè al valore meraviglioso dell'Esercito nostro, affermatosi ognora fino alla fulgida prova del Piave glorioso, degna di Roma antica, corrisponda una più sicura e ferma politica di guerra di fronte a chicchessia: cittadino o suddito nemico; bollando d'infamia ogni insidia e tradimento, ogni eccitamento alla viltà».

L'Ospedale di Lecce intitolato a Vito Fazzi.

Il Consiglio d'amministrazione della Congregazione di Carità di Lecce, nella sua prima tornata dopo la morte dell'on. Fazzi, accogliendo spontaneamente il voto del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia, ed interpretando anche il desiderio unanime della cittadinanza, ha deliberato di intitolare il grande Ospedale Civile al nome dell'illustre chirurgo che volle l'Ospedale, e che a vederlo sorgere dedicò tutte le sue energie e spese la sua attività di amministratore e deputato. Nel giardinetto esterno all'Ospedale sarà prossimamente collocato il busto dell'illustre scomparso.

Vittima del dovere.

Il capitano medico dott. Emilio Cursio, direttore dell'Ospedale militare «Giuseppe Giusti» di Firenze, nel curare un ferito austriaco, si produsse ad una mano una leggera scalfittura che gli cagionò un'infezione. Questa, ribelle ad ogni cura, lo ha condotto alla morte dopo pochi giorni di malattia. Egli era un professionista valente, amato specialmente nel ceto popolare per la bontà e per il disinteresse nell'esercizio delle sue funzioni. Era figlio del deputato prof. Francesco che nella democrazia italiana ebbe un posto eminente e fu insigne patriota, caro ai maggiori uomini del Risorgimento

Processo contro sei medici a Torino.

Sono stati portati avanti al Tribunale di Torino i dottori Giachino, Canuto, Borsatti, Borra, Parodi e Bertagna, imputati di non aver fatto denunzia all'Ufficiale Sanitario di qualche caso di vaiuolo. Il processo, svoltosi alla fine di gennaio, coll'assistenza dei periti prof. Abba, direttore dell'Ufficio d'igiene, cav. Sacchi, medico provinciale, prof. Bertarelli dell'Università di Parma e dottor Graziadei e Casazza, terminò coll'assoluzione generale dei colleghi, pei primi quattro dei quali fu riconosciuta l'*inesistenza di reato*, per gli ultimi due l'*insufficienza di prove*.

Contro la sentenza ha interposto appello il rappresentante del P. M.

Contro un capitano della Croce Rossa di Roma.

Presso il I° Tribunale Militare Territoriale di Roma, presieduto dal generale Arnaldi, si è discusso un processo per delitto di prevaricazione contro il capitano Feoli, ex-comandante del deposito romano della Croce Rossa. In esito alle risultanze del dibattimento la sentenza è stata d'assoluzione per non provata reità.

Medichesse cinesi.

Il «Medical Record» riferisce che dal 1896 al 1906 furono laureate in America cinque medichesse che attualmente prestano servizio in grandi ospedali cinesi.

Una tra esse, la collega Ida Kahu, sarebbe una discendente in linea retta da Confucio; esercita a Nau Chang.

Rassegna della stampa medica.

Riv. crit. di Clin. Med., 3 febb. BIONDI: Sui flemmoni da petrolio.

Giorn. Ital., d. Mal. Vener. e d. Pelle VI (12 febb.). RIVALTA: Patomimia cutanea. SIMON: Organizzazione profilattica antivenerea in Italia.

Lo Speriment., VI (13 febb.). PIRONDINI: Infezioni renali ematogene. FRUGONI, GARDENGHI e ANCONA: Ittero epidemico castrense. PEREYRA: Streptotricosi della congiuntiva palpebrale.

La Presse Méd., 1 mar. DUCROQUET: Studio clinico e protesi delle pseudartrosi dell'omero. DONNET: Cirrosi e psicopolinevrite.

La Riforma Med., 3 mar. FERRANNINI: Lesioni del simpatico nelle ferite dei nervi degli arti. SORESI: Nuova tecnica per la sutura del fegato.

Bull. Johns Hopkins Hosp., genn. CROWE, SHELTON WATKINS e ROTHHOLZ: Relazione tra infezioni tonsillari e naso-faringee e malattie generali. SINGER: Una leggenda sulla scuola di Salerno. — feb. KIRK1 LEWIS: Rigenerazione dei nervi periferici. SPRUND e WALKER: La xantocromia del liquido cerebro-spinale.

Surg., Gynec. a. Obst., febb. LEWIS, STEWART: Trapianti della fascia e del grasso. PORTER, FRAZIER: Chirurgia dei nervi periferici. POOL: Resezione della tiroide. BAKER: Sifilide della vescica. HUPP: Esostosi dell'orbita.

The Journal Am. Med. Ass., 3 febb. HENDERSON: Disturbi meccanici dell'articolazione del ginocchio. TAYLOR: Le condizioni che affettano l'atteggiamento del corpo. PHILLIPS: Tipi clinici di labirintiti. EAGLETON: I sintomi aurali nella diagnosi precoce di tumore dell'angolo ponto-cerebellare.

Medical Record, 10 febb. CUNNINGHAM: La mano.

Riv. Ospedaliera, 15 febb. FILAURO: Cura delle ferite da arma da fuoco dell'addome.

Gl'Incurabili, 28 febb. CIRILLO: Sulle ferite penetranti dell'addome in guerra.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 1 febb. HARMER: Sull'appendicite.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 18 febb. DI GIUSEPPE: La protezione degli occhi sulla linea del fuoco come si pratica nell'esercito nemico.

Cron. d. Clin. Med. di Genova, 28 febb. MARAGLIANO E.: Le insufficienze cardiache dal punto di vista terapeutico.

Arch. di Farmac. Sperim. e Sc. affini, 1 e 15 mar. FILIPPI: Yoimbina e quebrachina. LUCHERINI: Sulla «partoanalgia» nella pratica ostetrica.

The Lancet, 10 mar. DREYER e INMAN: La curva dell'agglutinazione nei vaccinati contro il tifo.

The Medical Review, mar. HUTCHISON: La febbre senza segni fisici nell'infanzia.

L'Igiene d. Scuola, mar. NERI: Schema di banco scolastico razionale.

Revista Clinica, dic. TORO VILLA: Sciatica sifilitica in un diabetico.

La Radiologia Med., genn.-febb. GHILARDUCCI, BAESE: Localizzazioni. COLESCHI: Sei mesi di lavoro nell'Esercito.

Medical Record, 17 febb. DANA: Psichiatria e psicologia. KOSMAK: La natività. TRACY: Il volto e le sue espressioni diagnostiche.

The Journal Amer. Med. Ass., 17 febb. UNDERHILL: Equilibrio acido-basico nell'organismo e sue applicazioni al diabete. EHRENFRIED: Condrodisplasia deformante ereditaria. MAC GOWAN: Cancro della prostata.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 febb. GREGGIO: Frattura di Shepherd. CAMPORA: Trattamento delle ferite penetranti dell'addome. 25 febb. SALMON: Simulazione e nevrosi nella pratica castrense.

Annali di Odontol., 1 mar. MENDEL: Caratteri citologici e reazione di difesa dell'essudato gengivale.

The British Med. Journal, 10 mar. Numero sulle ferite penetranti dell'addome.

La Presse Méd., 5 mar. HÉDON: Sulla trasfusione di sangue e di globuli. PAUCHET: L'ulcera gastrica. BARRÉ e STROHL: I metodi della sfigmomanometria.

Le Bull. Méd., 13 mar. MALHERTE: Le ferite di guerra in oto-rino-laringologia.

Paris Méd., 17 mar. MATTÉI: Insufficienza renale e disturbi gastro-intestinali. COTTET: Disturbi obbiettivi della sensibilità cutanea nelle congelazioni dei piedi.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. *Roma, 10 marzo 1918* Fasc. 10.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

UFFICIO SANITARIO DEL COMUNE DI SASSARI.

Locali contumaciali e intermittenze nell'emissione del bacillo colerigeno.

Dott. D. A. MAZZOLANI,
capitano medico della Croce Rossa Italiana, a disposizione della Direz. Generale di Sanità.

Fra le misure adottate contro la diffusione della infezione colerica, i locali di contumacia rappresentano, senza dubbio, uno dei mezzi più efficaci. La loro importanza risulta, ormai, così evidente da esser già penetrata nel convincimento delle popolazioni, almeno di quelle più evolute. Nessuna debolezza, a questo riguardo, potrebbe essere ammessa nell'esecuzione giudiziosa, ma rigorosa, da parte dei sanitari e delle autorità.

Nei locali di contumacia sono isolati coloro che già albergano nel loro organismo il vibrione colerigeno o che, per circostanze speciali, essendosi trovati in condizioni da permetterne la importazione, possono, da un momento all'altro, diventare dei propagatori incoscienti qualora lo stato di malattia non siasi ancor nettamente manifestato o qualora le stesse condizioni di salute continuino a dimostrarsi interamente normali.

Si possono, così, distinguere due grandi categorie: *a*) *portatori convalescenti*, ossia individui che continuano ad eliminare vibrioni dopo di aver già vinto lo stato di malattia; *b*) *por-*

tatori sani, individui, cioè, che emettono bacilli colerigeni senza che la loro salute si mostri alterata. Dal punto di vista profilattico, questi, forse, sono più pericolosi di quelli, giacchè, mentre i primi continuano ad essere sotto il controllo diretto del sanitario e per il loro stato di convalescenza si spostano meno facilmente da un luogo all'altro e sono meno avvicinati dai parenti e dai conoscenti, i portatori sani, invece, hanno maggior libertà di movimento e potendo avvicinare altri individui rischiano, inconscientemente, di diventare un mezzo di gravissima propagazione colerica e di creare nuovi centri epidemici spesso anche a grande distanza.

Casi di bacilliferi furono, per la prima volta, segnalati nel 1893 da Rumpf di Amburgo. L'epidemiologia colerica si è andata in seguito arricchendo di numerose osservazioni, tanto che in quest'ultimo decennio si è venuto creando, anche in Italia, un vero notiziario statistico.

La percentuale dei portatori fra i contumaciati sembra variare sensibilmente a seconda dei diversi autori: su 1424 isolati, Devecchi e Randone, a Siracusa, trovarono solo il 4 % di bacilliferi; Consoli, a Campobasso, su 106 individui, ebbe a constatare oltre il 63 %; Piras, a Genova, su 1523 contumaciati, trovò il 14 %: nella maggioranza dei casi dell'ultima epidemia in Italia (1910-11), la percentuale si aggirerebbe, tuttavia, fra il 10 e il 15 %. In quanto riguarda Sassari, su 314 contumaciati la percentuale dei bacilliferi è stata del 18.8.

A che può essere attribuita questa discordanza di cifre? Più che a peculiare gravità del « genio epidemiologico », mi pare che la naturale spiegazione possa trovarsi nel criterio stesso adottato dai diversi servizi sanitari per quanto riguarda le modalità dell'esecuzione profilattica: in alcuni centri furono probabilmente internati anche individui contagionisticamente poco compromessi: in altri luoghi, invece, furono forse segregati solo coloro che si erano trovati in gravi circostanze di contagiosità: nel primo caso, quindi, si sarebbe alquanto esagerato in misure prudenziali; nel secondo caso si sarebbe peccato in danno della profilassi.

In ogni singolo caso il sanitario dovrà però sempre tener presente lo stato igienico d'ambiente, essendosi potuto notare, come già aveva affermato Vincenzo Lanza (epidemia colerica di Napoli 1836-37) che « certa cosa è che dimorando e rimanendo nel luogo della colèra e trattando vicinamente gli infermi colerici, ognuno si può serbare sano e meglio di chi fugge, sol che ei non trasgredisca gli esposti provvedimenti preservatori ». (Montefusco).

L'esame sistematico delle feci ha potuto mettere in evidenza alcune note caratteristiche della eliminazione del vibrione colerigeno, tanto nei convalescenti che nei portatori sani. Analogamente a quanto si nota per i bacilli della febbre tifoide e della dissenteria, il bacillo virgola continua ad eliminarsi durante un certo tempo, che, in generale, però, nei convalescenti, si limiti ai 10-12 giorni. Si è inoltre osservato che tanto nei convalescenti come nei bacilliferi sani la escrezione dei vibrioni non è sempre continua: si notano delle intermittenze il cui numero varia e la cui durata, generalmente al di sotto di 20 giorni, può tuttavia protrarsi anche per qualche mese: 93 giorni in un caso di Zeidler; 100 giorni notati da Marcovich; 79 notati da Montefusco; 6 mesi in un caso riportato da Fradella nell'epidemia di Nettuno: Janssen riferisce di un malato rimasto bacillifero per 369 giorni (Sanarelli).

Dei 58 portatori contumaciati di Sassari alcuni si trovarono già tali al momento del primo esame di feci; alcuni lo divennero dopo 3-4 giorni: gli altri dopo un tempo maggiore. Quindici bacilliferi furono trasferiti al Lazzaretto: di questi tre morirono con sintomi di colera grave.

Per quanto riguarda le caratteristiche della escrezione del vibrione, è possibile affermare che in un certo numero di casi la scomparsa dei bacilli nelle feci coincise con l'inizio della convalescenza: in alcuni casi si assiste ad una vera intermittenza dell'espulsione bacillare come risulta dalla tabella di fronte.

Dalla quale si ha che in sette individui si sono riscontrati due periodi di esame di feci positivi, dei quali il secondo dopo un periodo intercalare di tempo che varia dai 3 ai 16 giorni: in due individui quattro serie espulsive intercalate da tre negative: in un convalescente cinque periodi positivi.

Ne risulterebbe, così, che dal punto di vista profilattico, l'esame batteriologico non può dare sempre l'assoluta garanzia, qualora si sia tentati a dimettere dei convalescenti in seguito ai due-tre esami negativi eseguiti in 5-6 giorni di tempo. Ciò sarà da tenersi tanto più presente in tutti quei casi in cui la malattia non aveva assunto carattere d'infezione franca, e in quegli individui nei quali l'organismo, già in parte tarato, stenta ad essere reintegrato nelle sue funzioni normali. Anche qui, insomma, la clinica acquista il suo carattere reintegratore delle indicazioni di laboratorio.

Emissione intermittente dei vibrioni colerigeni in convalescenti.

Numero di Registro	1° Periodo		2° Periodo		3° Periodo		4° Periodo		5° Periodo	Totale giorni di osservazione dal 1° esame giorni	*Annotazioni*
	Posit. giorni	Negat. giorni	Posit. giorni	Negat. giorni	Posit. giorni	Negat. giorni	Posit. giorni	Negat. giorni	Positivo giorni		
7	9	9	2	—	—	—	—	—	—	29	Mendicante
9	6	3	5	—	—	—	—	—	—	17	Bambino
14	5	12	2	2	4	3	1	—	—	32	Malarico cronico
17	20	7	2	—	—	—	—	—	—	28	» »
18	5	16	3	—	—	—	—	—	—	22	» »
20	6	10	1	—	—	—	—	—	—	16	Deperim. organico
27	12	4	4	1	1	3	1	—	—	25	» »
34	5	2	5	2	5	2	2	2	1	29	» »
43	8	7	5	—	—	—	—	—	—	22	Bevitore
54	2	8	4	—	—	—	—	—	—	14	Affez. cronica gastrica.

In riguardo ai portatori contumaciati, il vibrione colerigeno scomparve dalle feci (1).

in meno di	5	giorni dal 1° esame in n.			20	casi	
»	10	»	»	»	12	»	
»	15	»	»	»	7	»	
»	20	»	»	»	12	»	
al	22	giorno dal 1° esame in n.			1	»	
»	24	»	»	»	1	»	
»	29	»	»	»	3	»	
»	31	»	»	»	1	»	
»	33	»	»	»	2	»	
oltre il	34	»	»	»	1	»	(2)

Anche fra questi esaminati si ebbero a notare casi di intermittenze.

A questo punto vien fatto di domandarci: è questa scomparsa intercorrente del vibrione nelle feci un fatto veramente reale, ossia dovuto a vera assenza del bacillo virgola, o non dipende piuttosto da manchevolezze inerenti al prelevamento dei campioni delle feci degli individui stessi? Quali ne sono le cause e quale è il meccanismo di queste intermittenze nella eliminazione?

Non saprei escludere, in modo assoluto, che in qualche caso i recipienti abbiano avuto qualche traccia di disinfettante: in linea generale è lecito però affermare che l'assenza del vibrione era reale, perchè neppure attribuibile ad erroneità di interpretazione da parte del batteriologo dott. Piras, la cui scrupolosità di metodo e grande competenza tecnica sono da tempo a tutti note.

Intermittenze escretorie del bacillo virgola sono, del resto, già state più volte osservate, specie nei portatori cronici: il caso dell'episodio colerico di Sassari non farebbe, quindi, che accrescerne il numero.

Quanto al suo meccanismo d'azione il prof. Sanarelli è propenso a metterlo in rapporto con una colecistite da vibrioni: « Le intermittenze osservate in molti casi, non sarebbero dovute che a riacutizzazioni infiammatorie, ricorrenti, delle vie biliari, suscettibili di essere provocate da cause le più diverse ».

Analogamente a quanto si è riscontrato per il bacillo tifico, il vibrione colerigeno presenta affinità per l'apparato biliare, come era già stato segnalato fin dal 1884 da Nicati e Rietsch, a Marsiglia, e confermato da Tizzoni e dalla Cattani nel 1886 a Bologna. Nell'epidemia di Genova del 1911, Piras ebbe a notare che i convalescenti i quali più a lungo eliminavano bacilli avevano quasi sempre manifestato, durante la malattia, sintomi di itterizia. Anche nel nostro caso di Sassari dei dieci convalescenti bacilliferi, tre si trovavano in condizioni di pregresso deperimento organico, tre erano malarici cronici; uno mendicante malaticcio, uno bevitore: tutti individui, insomma, nei quali la funzione epatico-biliare era più o meno compromessa.

D'altro canto, nel 1909-10, Zirolia era riuscito, con la semplice somministrazione di 15 gr. di solfato di magnesia, a far ritornare i vibrioni nelle feci, per tre volte consecutive, dopo tre esami batteriologici negativi. La somministrazione di un purgante forte o un errore dietetico possono segnare l'inizio di una eclosione colerica: secondo Montefusco, l'uso, invece, di moderati lassativi non sembra pericoloso. E ciò,

(1) Sono compresi in queste cifre due portatori verificatisi fra il personale addetto al Lazzaretto.

(2) Non mi è stato possibile conoscere le ultime notizie riguardanti questo bacillifero, a causa della mia partenza da Sassari (fine novembre 1915).

probabilmente, per il fatto della loro scarsa azione sulle vie biliari. A lato, tuttavia, di queste modalità, non è possibile escludere che in qualche caso si tratti di vere e proprie autoinfezioni: così nei contumaciati rispondenti al n. 238-239-240 (un cretinoide, e due suoi figli) il vibrione colerigeno non scomparve definitivamente dalle feci che dopo averli sottoposti ad accurata disinfezione delle mani e del viso, prima di ogni pasto, e di averli messi in condizione d'impossibilità di mangiare o bere fuori di sorveglianza. A questo riguardo è opportuno anche ricordare che Canalis riuscì a domare l'epidemia del Manicomio di Quarto, solo dopo aver fissato gli alienati a letto.

In seguito al lungo protrarsi dell'escrezione vibrionica da parte di parecchi di questi individui, mi sembrò fosse opportuno tentarne la scomparsa ricorrendo all'azione dell'urotropina, avendo tutti gli sperimentatori « egualmente osservato l'inefficacia del calomelano, come del resto di tutto gli altri mezzi adoperati per distruggere i vibrioni contenuti nell'intestino dei convalescenti di colera » (Montefusco).

Feci ricorso all'urotropina, sebbene i suoi effetti e la sua tolleranza abbiano dato luogo a pareri controversi (Crowe, Churchman, Laignel-Levastine, Chauffard, Boni, Thomson-Walker, Cavina, Montefusco, ecc). Secondo il Viseman l'albuminuria e l'ematuria che possono, qualche volta, seguire all'uso dell'urotropina, devesi alla forte acidità dell'urina: l'elmitolo sarebbe in questi casi da preferirsi.

Il piccolo numero degli esperimenti fatti non permettono di assurgere ad affermazioni inoppugnabili: risulterebbe, tuttavia, che l'urotropina, anche a piccole dosi (gr. 1-gr. 1.50) ha veramente affrettata la scomparsa del vibrione colerigeno nelle feci, vibrione che non ricomparve neppure in seguito ad una o due somministrazioni di solfato di magnesia. Comunque sia, da quanto si è detto, noi possiamo ritenere che:

1° la variabilità delle percentuali di bacilliferi notata dai diversi osservatori dipende in parte da condizioni regionali di coscienza igienica, in parte dal diverso criterio profilattico seguito dai vari uffici sanitari;

2° la persistenza del vibrione colerigeno e la sua intermittenza d'escrezione devesi probabilmente ad uno stato di colecistite da bacillo virgola: ma non è impossibile che in certi casi si tratti di vera autoreinfezione: di qui la necessità di cure accessorie e di speciali misure di pulizia, specie in individui di deficiente mentalità;

3° il protrarsi della eliminazione del bacillo virgola costituisce un disagio profilattico, e spesso contraria non poco gl' interessati che con insistenza chieggono di esser messi in libertà.

L'urotropina o l'elmitolo possono costituire un mezzo efficace: sarà opportuno, all'occorrenza, di ritentarne la prova.

NOTE DI TECNICA.

OSPEDALE MILITARE ARGENTO
GABINETTO CHIMICO-BATTERIOLOGICO
diretto dal col. med. di marina dott. DE CONCILIIS.

Di un nuovo reattivo sensibile per svelare l'albumina, ecc., nei liquidi e nell'urina

per il dottor RAFFAELE LEONE.

Varî reattivi sono adoperati nella pratica comune e nei laboratorî per svelare le proteine nei liquidi che le contengono e una serie di ricerche s'è indirizzata a cercare di rendere sempre più fini, più sensibili, i metodi usati per rilevare nelle urine l'albumina, la globulina, ecc., per l'importante valore diagnostico che ne consegue. I mezzi più sensibili che possediamo sono la reazione di Heller, quella al ferrocianuro di potassio, il reattivo di Spiegler, il reattivo di Tauret, il reattivo di Jolles e molti altri, sebbene i primi siano più comunemente adoperati. La reazione di Heller, però, non è di fine sensibilità, come asseriscono gli autori tedeschi, poichè le proteine in quantità inferiori al 0.20 per mille non si svelano; il metodo al ferrocianuro, sebbene sveli 0.01 per mille è troppo pericoloso, specialmente nella comune pratica; il reattivo di Spiegler, per quanto di un'ottima sensibilità, dà la prova positiva anche con urine che non contengono proteine; resterebbero così il reattivo di Tauret e quello di Jolles, dei quali il primo svela alquanti milligrammi per mille ed è più propriamente un preparato per alcaloidi, il secondo ne svela 0,000008 ‰, ottimo veramente quest'ultimo, sebbene sia più indicato per le urine povere di cloro e nella sua composizione v'entrino elementi, che, dal punto di vista pratico, non è facile procurarsi. Noi, dopo ripetute esperienze, ricerche e modificazioni, siamo riusciti a formare un reattivo di fine sensibilità, con sostanze facilmente procurabili; e la sua tecnica è così semplice, da poter essere adoperato con facilità da chiunque vorrà avvalersene. La formula del reattivo è la seguente:

Bicromato di potassio, gr. dieci;
Soluzione d'acido solforico puro al 25 %, gocce cento;
Acido acetico glaciale, gocce cento;
Acqua distillata, gr. cento.

Esponiamo ora le cause che ci condussero alla sua composizione. Noi fra le proteine native distinguiamo le albumine e le globuline, le prime solubili in acqua, le seconde insolubili, se in tale liquido non vi si trovino dei sali neutri; ma l'albumina, pur essendo solubile nell'acqua, esiste in essa non nel vero stato di soluzione chimica, ma in quello colloidale, e anzi il Grimaux la pone fra quei colloidi che passano allo stato pectoso per cause minime e i cui precipitati sono insolubili. Fermiamo la nostra attenzione su quest'ultima e diciamo anzitutto che i corpi colloidi, disciolti in un liquido si trovano in condizioni instabili e per ogni ben che minima influenza precipitano, denaturandosi, cioè non avendo più il potere di ridisciogliersi. Ora se su questi corpi si fanno agire sali di acidi polibasici — e in questo caso il $K_2 Cr O_4$ è il sale dell'acido $H_2 Cr O_4$, non ottenuto allo stato libero ancora — secondo le ricerche dell'Hofmeister, le albumine precipitano e il valore di precipitazione è il maggiore che si abbia; tale precipitazione è dovuta al potere disidratante dei sali; e s'accresce ancora, poichè il valore di precipitazione dei sali potassici è sempre maggiore dei corrispondenti sali sodici, ed aumenta col peso molecolare. E se noi al sale aggiungiamo degli acidi minerali diluiti, in maniera che non entrino in combinazione colla soluzione salina e disturbare così l'andamento della reazione (in tal caso acido solforico al 25 %, aggiunto a freddo) il potere di precipitazione s'accresce, poichè gli acidi minerali diluiti sottraggono prima dalla molecola proteica le sostanze minerali, precipitando le sostanze proteiche, le quali non tornano più, una volta precipitate, allo stato primitivo, e ciò finchè la reazione del liquido si mantiene acida, partecipandovi, nel caso nostro, l'aggiunta dell'acido acetico glaciale, il quale concorre puranco col suo potere a precipitare le sostanze proteiche contenute sia nell'urina che nel liquido in esame. E il potere precipitante vale tanto per l'albumina che per la globulina, poichè nel reattivo noi abbiamo sali di metalli a peso atomico elevato (Cr=53), maggiore sia del potassio (K=39), che del sodio (Na=23), acidi minerali forti, diluiti convenientemente, e acidi deboli, come l'acido acetico, chè le precipitano, anche da soluzioni diluite.

Abbiamo già detto che le proteine così precipitate non sono più capaci di ritornare in soluzione, cioè non sono più proteine native, ma denaturate e non per una combinazione chimica irreversibile, ma per la disidratazione compiuta dai sali e per la sottrazione compiuta in primo tempo, dall'acido forte, delle sostanze minerali contenute nella sua complessa molecola, che si scinderà dopo in molecole più semplici, combinate con l'acido corrispondente.

Risulta in modo evidente che il nostro reattivo, riunendo in un insieme armonico le migliori e diverse proprietà precipitanti di parecchi agenti chimici, riesce di un'ottima sensibilità, tale da poter rivelare minime traccie.

Gli esperimenti hanno pienamente confortate le deduzioni teoriche; diluendo successivamente delle soluzioni albuminose e delle urine nefritiche, contenenti una quantità di albumina già esattamente determinata, siamo pervenuti a svelare fino a 0.001 ‰, ottenendo, in tal maniera, una sensibilità maggiore di quella offerta dagli altri reattivi, essendo inferiore solamente a quello di Jolles, per quanto più economico e sicuro di esso, entrando nella sua composizione sostanze più facilmente reperibili e di non dubbio effetto.

Ce ne siamo inoltre serviti egregiamente nelle numerose analisi, che pervengono al nostro gabinetto, e in tutti quei casi nei quali v'era da sospettare tracce d'albumina, ed il reperto d'essa era di grande ausilio diagnostico.

Breve è la tecnica del reattivo. Si scioglie a caldo il bicromato di potassio nell'acqua e dopo si filtra, si lascia raffreddare, indi si aggiunge l'acido acetico e, dopo alquanti minuti, l'acido solforico. Si prendono cinque cmc. del reattivo e si mettono in un tubo da saggio; dopo, con una pipetta, si sovrappone l'urina o la soluzione proteica; la reazione è zonale e avviene subito o dopo alcuni minuti, quattro o cinque di solito, a seconda della quantità del contenuto proteico nel liquido in esame. Si forma un anello biancastro, più o meno debole, — l'osservazione si fa in piena luce — e quando le proteine sono in grande quantità si veggono dei fili sottili come volute di fumo, che s'immergono nel reattivo sottostante. Molte volte nel liquido stratificato si osservano due zone di precipitato, separate da una zona chiara, una a contatto del reattivo e l'altra che invade la porzione superiore del liquido, e può ridursi a semplice intorbidamento, quando vi sia della mucina nel liquido, come io stesso ho potuto provare; la zona di precipitato a contatto del reattivo è data sia dall'albumina che dalla globulina.

La reazione non viene disturbata dalla presenza di jodio, di mercurio nell'urina, nè dai preparati salicilici, o da gocce del reattivo, aderenti alle pareti del tubo da saggio, e che si

mescolano al liquido da esaminare; essa reazione avviene sempre con la stessa costanza e intensità. Dalla intensità dell'anello biancastro, dall'altezza di esso e dalla velocità con cui si forma possiamo anche dedurre, molto approssimativamente s'intende, la quantità d'albumina contenuta. Se la reazione si verifica non appena versata l'urina e con qualche cmc. di essa, l'albumina è contenuta sempre in dose superiore al 0.50 ‰, mentre se, nonostante la tecnica suaccennata, bisogna attendere qualche minuto, l'albumina è contenuta in pochi milligrammi. S'intende, poi, facilmente che la ricerca microscopica suffragherà di molto, come per gli altri reattivi, il reperto positivo.

Quando nell'urina non è contenuta dell'albumina, nulla si nota a livello della superficie di separazione, vedendosi solo un anello bruno, per la combinazione fra l'urea e il sale acido del reattivo.

Lecce, 21 gennaio 1918.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un apparecchio protesico per paralisi dello sciatico popliteo esterno.

Prof. GAETANO BOSCHI, maggiore medico dirigente l'Ospedale neurologico Villa del Seminario presso Ferrara, consulente onorario della Croce Rossa.

Il sorreggimento del piede nella paralisi del nervo sciatico popliteo esterno mediante gli apparecchi protesici o tutori si esegue o traendo all'insu, dall'alto, la parte anteriore del piede, o sospingendola dal di sotto o da tergo. Agiscono nella prima maniera gli apparecchi di Léri, di Sollier, di Souques, Mégevand et V. Donnet, di Meige, di Privat et Belot. Agiscono nell'altro modo gli apparecchi del tipo Rolin e quello del tipo Chiray-Rampont (che si ricorda del vecchio tipo di Nélaton costruito dal Collin). La maggior parte di questi apparecchi, con diverso meccanismo, esegue pure un sollevamento del bordo esterno del piede per surrogare in parte l'azione di lateralità dei peronei compromessi nella paralisi.

L'inconveniente principale di tutti questi apparecchi è la pressione che essi devono esercitare o sopra la parte cui si appoggiano o sulla parte che essi devono sorreggere o sospingere, qualora si debba o si voglia richiedere ad essi una azione energica. Taluno poi, come quello del Sollier (un manicotto di stoffa che si stringe attorno al polpaccio a cui si attacca una banda elastica saldata alla superficie profonda della tomaia anteriore, presso il suo bordo posteriore e un po' all'esterno, è addirittura inadattabile quando alla paralisi dello sciatico popl. esterno sia congiunta quella dello sciatico popliteo interno con atrofia del polpaccio, così che sia resa difficile la fissazione del manicotto cui si riattacca la striscia elastica che sorregge la punta del piede cascante per paralisi o, ad ogni modo, occorra per fissare il manicotto intorno al fuso del polpaccio, spianato dall'atrofia, una costrizione molesta o dannosa.

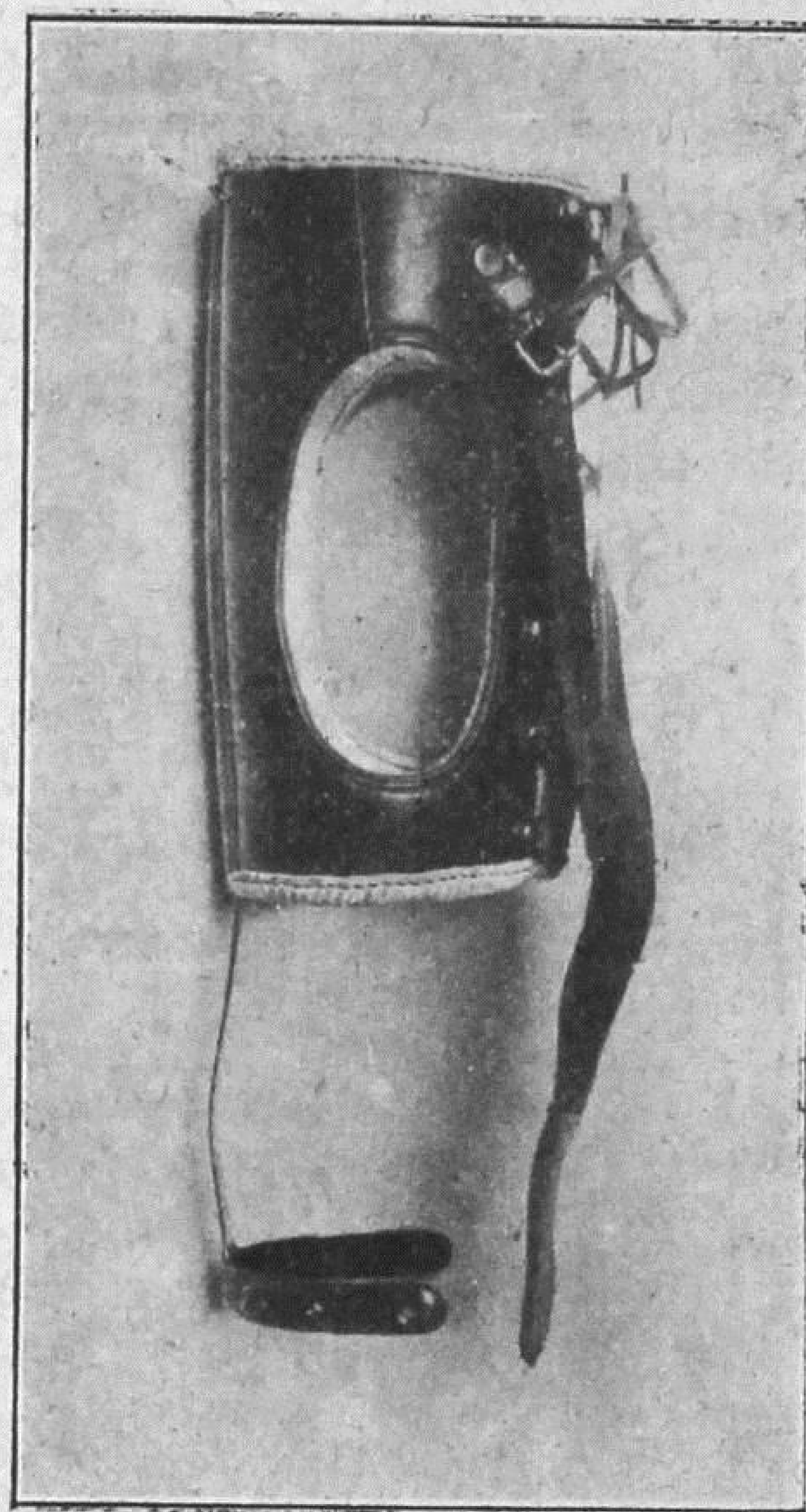


Fig. I.

Per cui ho ideato l'apparecchio che riproduco nelle figure, che chiama a concorrere nel compito ortopedico meccanismi diversi, onde questi si corroborino vicendevolmente e l'aggravio portato dalle esigenze meccaniche sia risolto per vie diverse, distribuito su varie parti e mitigato nella parte singola.

Nella figura I[a] è rappresentato l'apparecchio isolato (il manicotto potrebbe anche farsi meno esteso in altezza); nella II[a] un malato nel tentativo della massima flessione dorsale del piede ilbero; nella III[a] lo stesso malato, ma munito dell'apparecchio in attitudine di tenere sollevato lo stesso piede come nell'incesso, senza sforzo flessorio nè estensorio.

I malati se ne trovano benissimo. L'apparecchio consta di un manicotto di cuoio imbottito, entro cui si insinua posteriormente e si toglie un'asta a molla che termina in basso con una fascetta metallica ad ansa, brunità, destinata ad essere avvitata intorno al tacco della scarpa come si vede nella figura III[a]; una fettuccia

di cuoio posteriore può dissimulare quasi del tutto l'asta metallica saldata alla scarpa.



Fig. II.

Dalla parte anteriore del manicotto si dipartono, saldate e girevoli a mezzo di viti *rapid*, due cinghiette regolabili che si continuano in una striscia elastica che sostituisce la linguetta della scarpa, cucita colla estremità distale alla superfice profonda della tomaia anteriore presso il suo bordo posteriore, ma un po' esternamente.



Fig. III.

Come si vede, l'apparecchio è una combinazione dei tipi Robin e Chiray-Rampont col tipo Sollier. L'elemento del primo tipo, mentre invita il piede ad un angolo retto colla gamba mediante il sorreggimento del tacco e il sospingimento all'innanzi del tallone, tiene rigidamente sollevato il manicotto appoggiato sull'asta metallica e risparmia altrettanta costrizione del manicotto stesso attorno al polpaccio per trovarvi appoggio. Così la trazione dall'innanzi a mezzo della banda elastica trova sicuro e facile sostegno, mentre ha il compito proprio alleviato per la azione sinergica esercitata posteriormente dall'altra parte dell'apparecchio, a sua volta aiutata da quella anteriore.

La natura elastica del materiale deve far sì che la forzata flessione dorsale del piede non gli impedisca un certo grado di estensione plantare volontaria.

Come si può agevolmente notare, l'apparecchio considera anche le deviazioni in lateralità inerenti alla paralisi dello sciatico popl. est. (adduzione, supinazione, rotazione int.). Ma poichè le cura assai meno che quelle nel senso antero-post., l'apparecchio troverebbe più precisa indicazione in paralisi radicolari o in paralisi tronculari dissociate con relativo risparmio delle fibre destinate ai peronei.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DA CAMPO N. 0147 - III ARMATA.
REPARTO CHIRURGICO.

Due casi di allacciatura dell'arteria femorale

per il dott. MARINACCI SERTORIO, capit. medico, capo-reparto.

Fra i vari casi di lesione vasale e di allacciatura consecutiva, occorsimi nella presente guerra, ne ricorderò due in cui dovetti praticare la legatura dell'arteria femorale, una volta nel triangolo di Scarpa, una volta nel canale di Hunter: l'esito in tutti e due i casi fu buono, il decorso regolare.

Nel primo caso occorsomi allacciai l'arteria nel triangolo di Scarpa, subito al disotto dell'arcata crurale, al di sopra dell'origine della femorale profonda: ricorderò brevemente quali siano i vasi mediante i quali si ricostituisce il circolo, in caso di allacciatura dell'iliaca esterna, e della femorale molto in alto: concorrono a formarlo due ordini di vasi: da un lato i rami dell'arteria otturatrice e della glutea inferiore, nate dall'ipogastrica, da un altro lato le due circonflesse, esterna e interna e le quattro perforanti, rami della femorale profonda: le arterie perforanti si anastomizzano ampiamente fra loro, con i rami delle circonflesse, con i rami della otturatrice e della glutea inferiore. C'è ancora da ricordare il *circulus iliacus* fomato dall'anastomosi, fra la circonflessa iliaca, ramo dell'iliaca esterna e l'ileo-lombare nata dall'iliaca interna. In caso di legatura dell'iliaca esterna e della femorale molto in alto, il sangue per mezzo dell'otturatrice e della glutea inferiore, rami dell'ipogastrica, seguendo le numerose anastomosi di queste con le circonflesse e con le perforanti, rami della femorale profonda, è riportato nella femorale profonda e di lì nel tronco principale.

Nel secondo caso praticai l'allacciatura nel

canale degli adduttori: i rami anastomotici mediante i quali si ricostituisce il circolo collaterale, in caso di allacciatura della femorale in questo punto sono i seguenti: in alto le perforanti la circonflessa esterna, rami della femorale profonda, la grande anastomotica, ramo del tronco principale della femorale; in basso le articolari, rami della poplitea, e la ricorrente tibiale anteriore ramo della tibiale anteriore: dalle anastomosi fra questi diversi rami si forma un'ampia rete che in caso di allacciatura della femorale al di sotto della femorale profonda assicura la nutrizione dell'arto riportando il sangue nel tronco principale, al di sotto del punto ove cade il laccio. Fo seguire la relazione dei due casi.

S... G..., caporal maggiore ... fanteria. Operato nel nostro ospedale il 5 novembre 1916, di artrotomia del ginocchio sinistro, per ferita infetta con frattura comminuta della rotula: si formano secondariamente infiltrazioni lungo la coscia e la gamba: delimitandosi dànno origine a raccolte purulente, lungo la regione posteriore, che vengono aperte e zaffate: l'11 dicembre, mentre la lesione già procede bene e l'infermo da più di una settimana è quasi apirettico, nel rimuovere la medicatura e, senza causa apprezzabile, si produce improvvisamente un'emorragia imponentissima che inonda tutta la vasta ferita; comprimo immediatamente la femorale all'arcata, fo subito applicare il laccio alla radice della coscia, riesco così in pochi secondi a dominare completamente l'emorragia: per l'intensità di essa e per la qualità del sangue che appariva rutilante, diagnosticai trattarsi di una lesione del tronco principale dell'arteria femorale e ne eseguii la legatura al di sotto dell'arcata. L'emorragia non si ripetè più; l'arto si mantenne sempre caldo, la sensibilità fu sempre normale, i movimenti sempre pronti: la ferita proseguì nel suo decorso normale, rimase ben granuleggiante: la ferita praticata per allacciare l'arteria guarì di prima e l'infermo fu trasferito in altro ospedale alla fine di dicembre in buone condizioni.

Il caso si presta a varie considerazioni: anzitutto la causa dell'emorragia: ritengo per logica interpretazione dei fatti che sia stata una vera emorragia secondaria, da attribuire a complicazioni settiche, che produssero l'ulcerazione dell'arteria: il caso era di quelli gravi: artrite suppurata, osteomielite del femore e della tibia con infiltrazione estesa delle parti molli; onde è da supporre che il processo settico abbia interessato il vaso alterandone la nutrizione, rammollendone le pareti, di guisa che per causa per sè non sufficiente (lieve distensione, movimento un po' brusco) si sia prodotto una lacerazione vasale. L'allacciatura alta dell'arteria femorale in un soggetto, molto deperito, molto anemizzato, con forza cardiaca ridotta, in seguito a un processo suppurativo con forti elevazioni termiche protrattosi per oltre un mese, non ha prodotto disturbi apprezzabili nè alla nutrizione dell'arto, nè al decorso della lesione.

Il secondo caso si riferisce al soldato P... S... del ... fanteria. Presentava una vasta ferita lacero-contusa della gamba destra nella regione posteriore sino alla piega del ginocchio, con asportazione e spappolamento delle masse muscolari del polpaccio, lacerazione dei vasi tibiali posteriori, emorragia intensa.

Data l'urgenza del caso, la vastità della ferita, il suo sfacelo, lo stato anemico impressionante del ferito, decisi, per dominare rapidamente e totalmente l'emorragia, di allacciare la femorale al canale di Hunter, operazione che eseguii immediatamente: assicuratomi dell'emorragia, passai a fare una toletta accuratissima della ferita, usando sempre il sistema dell'attenta ed esatta detersione meccanica: il decorso fu del tutto regolare: la vasta ferita si andò via via detergendo, e si coprì rapidamente di buone granulazioni: il ferito non presentò alcun disturbo apprezzabile, nè della nutrizione, nè della sensibilità, nè dei movimenti dell'arto.

Il caso ci dimostra che la totale soppressione brusca di un tronco arterioso importante, anche in individui con stato anemico intenso e con attività cardiaca perciò debole, possa esser eseguita senza che vi siano a temere disturbi della nutrizione dell'arto, nemmeno transitori, anche in arti con lesioni gravi, contundenti le parti molli, che ne diminuiscono inevitabilmente la vitalità.

SERVIZI SANITARI.

A proposito dell'importanza dei servizi odontoiatrici in guerra in rapporto all'efficienza delle truppe di prima linea.

Dott. EUGENIO GIOVANNINI, ten. medico.

Dirò dei risultati raggiunti nella realizzazione di quel programma, esposto nel N. 5 della Sezione Pratica del *Policlinico* del gennaio 1917, e svolto con costanza in un anno di esercizio dell'Ambulatorio Odontoiatrico, da me diretto, con relativo Reparto Stomatologico, annesso all'Ospedale da Guerra N.° 25 della C. R. I., anno di esercizio che va dal 24 settembre 1916 al 24 settembre 1917.

Per maggior intelligenza ripeterò in succinto la mia esposizione di allora. E cioè che colpito dalle condizioni disastrose, in cui si presentavano alla mia osservazione le bocche dei militari, dislocati in questa zona alpestre ed estremamente umida, mi ero proposto di attuare fino all'estremo limite del possibile le cure odontoiatriche conservative.

Fu mio studio continuo di conciliare le esigenze delle cure conservative attuate nell'Am-

bulatorio con le esigenze del servizio militare, disponendo un lavoro rotativo, tale da non intralciare il dovere dei singoli. Sforzandomi altresì di diffondere fra le truppe le pratiche igieniche della bocca sia a scopo curativo che profilattico con l'uso frequente di colluttori adatti ai singoli casi.

Senza fermarmi a considerazioni, darò cifre: in un anno ho potuto procedere a quasi 2100 otturazioni, con materiale diverso, ma scelto accuratamente fra i migliori.

Le forme infiammatorie — data l'ubicazione di questo settore, elevazione e freddo umido — furono assai numerose. Trattavasi quasi sempre di periodontiti croniche riacutizzate o di periostiti sorte *d'emblée* con tendenza prevalente alla suppurazione.

Ma mentre la media riportata nella mia precedente relazione (Vedi N. 5 Sez. Pratica del *Policlinico*, anno 1917) — media desunta da cinque mesi di servizio di Ambulatorio — ascendeva al 45% circa, quella derivata in un anno dà circa il 27%. La qual differenza si spiega col fatto, che se allora la ricerca si riferiva alla stagione più climaterica per la patologia dentaria ed orale, la media attuale considera anche la stagione calda ed asciutta, in cui più scarse sono le forme dentarie di natura infiammatoria.

Le avulsioni furono sempre nel minor numero possibile dei casi e solo quando l'intervento era imposto dalla violenza delle lesioni. Infatti esse figurano nella statistica in numero di 1895 — mentre le forme infiammatorie furono in complesso 3819.

Interventi chirurgici sui mascellari furono invece praticati su vasta scala come raschiamenti alveolari e del periostio mascellare, conseguenze di processi suppurativi di gravità particolare, sbrigliamenti profondi ripetuti con termocauterio, estrazione di sequestri ossei. Furono così curate fratture dei mascellari — in numero di 6. Fra le lesioni dentarie infiammatorie particolarmente frequenti furono le disodontiasi — 93 di numero — dei terzi molari superiori ed inferiori: disodontiasi che furono sempre curate utilmente e sollecitamente con sbrigliamenti attuati subito con termocauterio, zaffando poi con medicatura iodoformizzata.

Oggetto di viva attenzione furono le forme di piorrea, di cui furono seguiti 48 casi con risultati senza dubbio soddisfacenti. Trattavasi — s'intende di leggieri — di forme non generalizzate ed ancora suscettibili di un'utile terapia. Chè i gradi avanzati con scollamento dentario, atrofia gengivale e consecutivo vacillamento dei denti sul loro impianto furono oggetto di invio in osservazione per provvedimenti medico-legali.

Tali i risultati dedotti da circa settemila pazienti avuti in cura, mentre le cure eseguite furono *in toto* effettivamente 14.500 circa, con una media mensile di 1202.

Zona di Guerra, 20 ottobre 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Asma bronchiale e anafilassi.

(Dott. C. V. PIAZZA, *Annali di Clinica medica*, anno VII).

Il concetto tradizionale di asma essenziale ha subito profondi mutamenti nei varî periodi di tempo, in cui nuove ricerche tentavano di penetrarne l'intima natura. Questa nevrosi respiratoria a tipo misto è caratterizzata dalla comparsa di accessi dispnoici (dispnea espiratoria e bradipnea) accompagnati da dilatazione polmonare e spesso, ma non sempre dalla secrezione e quindi dalla emissione di un espettorato viscido schiumoso, in cui si riscontrano formazioni speciali, quali i cristalli di Charcot-Leyden, le spirali di Curschmann e le cellule eosinofile.

Le cellule eosinofile presentano forme molto diverse, polinucleate simili a quelle del sangue, a nucleo moltilobato, pienotico: mononucleate numerosissime che si presentano sotto tre differenti aspetti: *a*) a forma di mielociti (con nucleo vescicolare chiaro); *b*) a forma di linfociti (con nucleo piccolo contratto, fortemente colorabile); *c*) a forma di macrofagi (nucleo polare, corpo cellulare, quasi tutto ripieno di granulazioni, che rendono quasi invisibile il protoplasma). Vi sono inoltre delle cellule mononucleate affusolate, simili alle connettivali, e delle granulazioni isolate provenienti dal disfacimento cellulare.

Nello sputo si nota anche la cellula bronchiale, in quantità variabile, se non perfettamente intatta, conservata nella sua forma tipica con nucleo e ciglia.

Questi due elementi, *cellule bronchiali ed eosinofile si riscontrano solo nell'espettorato dei veri asmatici* e mancano invece nelle crisi dispnoiche degli aortici e degli uremici latenti, nell'espettorato degli enfisematosi, vecchi asmatici, quando alle crisi parossistiche è subentrata la dispnea notturna. Negli stessi asmatici gli eosinofili mononucleati vanno scompa-

rendo man mano l'inizio della crisi si va allontanando.

Gli altri elementi creduti specifici dell'espettorato degli asmatici non avrebbero alcun valore: poichè le spirali di Curschmann non sarebbero altro che filamenti di muco ed i cristalli di Charcot-Leyden, sarebbero incostanti e per giunta comuni ad altre affezioni.

Varie teorie sono state emesse sulla *patogenesi dell'asma*. La prima in ordine di tempo è quella dello spasmo sia bronchiale, sia dei muscoli inspiratori. Leyden ha ritenuto che i cristalli acuminati, che vanno appunto sotto il nome di Charcot-Leyden, rappresentassero lo stimolo meccanico dello spasmo bronchiale. Altri ha sostenuto la teoria di una tumefazione da causa vasomotoria, oppure ha ammesso come fatto primitivo una bronchiolite essudativa, oppure ha dato grande importanza all'elemento psichico.

In questi ultimi anni, alcuni autori hanno messo in evidenza degli stati speciali organici, che, costituendo un substrato funzionale anormale, conferiscono all'organismo una speciale sensibilità di fronte a dati stimoli e quindi una speciale disposizione a date malattie. Mediante l'applicazione del metodo di esplorazione farmacodinamico del sistema nervoso della vita vegetativa, Eppinger ed Hess sono venuti a creare il quadro della vagotonia, anomalia costituzionale del tono del pneumogastrico. L'asma bronchiale sarebbe la prova migliore della disposizione vagotonica, sia per l'efficacia dell'adrenalina, nell'accesso asmatico, sia per la concomitanza di altri segni vagotonici, come sudore, dermografia, rallentamento del polso.

L'idea predominante sulla causa dell'accesso asmatico è che esso debba riferirsi ad intossicazione.

Depongono a favore di tale interpretazione sia il fatto che di frequente l'accesso asmatico si alterna con l'urticaria, sia l'eosinofilia dell'espettorato.

Ma quali sarebbero i veleni capaci di scatenare l'accesso asmatico?

Secondo alcuni si tratterebbe di prodotti di desintegrazione degli albuminoidi, di origine o alimentare o istogena, altri ha pensato trattarsi di tossinfezioni (tubercolosi) oppure di tossialbumine vegetali, come nel caso dell'asma da fieno, che offre però differenze ben nette dall'asma essenziale. Anche ad alterazioni del sistema endocrino, specie della tiroide, si è voluto ricondurre la patogenesi dell'asma.

In realtà però se il meccanismo più accettato è quello tossico, la molteplicità delle sostanze incriminate dai diversi autori non si accorda con la predisposizione ereditaria, che si osserva frequentemente negli asmatici, ed è quindi difficile spiegare l'autonomia speciale dell'asma dal punto di vista istologico.

Ad accordare tali fatti ed a concatenarli nel rapporto di causa ad effetto è stata in questi ultimi anni invocata la teoria anafilattica.

Nel fenomeno anafilattico, la penetrazione nell'organismo di un'albumina eterogenea apporta quello stato speciale di ipersensibilità dallo stesso organismo di fronte alla stessa sostanza. Questo fenomeno che avviene in modo non ancora perfettamente precisato per mezzo di uno dei tanti meccanismi invocati, può essere acquisito o congenito.

La concezione anafilattica dell'asma essenziale è stata accettata con molto favore perchè non intacca la personalità eziologica delle varie sostanze produttrici dell'asma, ma, ammettendo la possibilità che tutte queste sostanze tossiche, le quali generalmente sono tossalbumine o derivate da albumine, siano capaci di dare luogo alla produzione dello stato di ipersensibilità, ammette però lo stesso meccanismo di azione da parte di tutte.

Con la concezione anafilattica, nel mentre viene accordata la pluralità delle cause con un unico meccanismo, restano spiegate l'ereditarietà e, almeno apparentemente, tante particolarità dell'asma stesso.

L'A. sottopone quindi ad esame critico le questioni concernenti la patogenesi anafilattica dell'asma, confrontando le sostanze anafilattogene, con quelle capaci di provocare l'asma, la specificità dello *shock* anafilattico e dell'accesso asmatico, l'anafilassi per via digestiva e respiratoria, i sintomi concomitanti nell'asma e nell'anafilassi, tra cui l'eosinofilia, l'emoclasia. Anche la terapia e lo studio delle lesioni anatomiche offrono utili raffronti.

Con diverse ricerche personali l'A. studia l'anafilassi passiva nell'asma dimostrando però che al contrario di quanto era stato asserito da altri autori (Manoiloff) *il siero di sangue dell'asmatico non è capace di riprodurre passivamente lo stato anafilattico.*

Del lungo ed elaborato studio si possono trarre le conclusioni seguenti. Le sostanze capaci di provocare l'accesso di asma essenziale differiscono da quelle capaci di provocare lo stato anafilattico. Le vie di penetrazione delle sostanze anafilattogene ed asmatogene possono essere identiche; tale circostanza però ha un valore affatto relativo, poichè si tratta sempre delle stesse vie per cui si ingeriscono alimenti, si inspira aria, ecc.

Per quanto riguarda l'insorgenza dell'asma in seguito a tossinfezioni, se da un lato i prodotti batterici sono anafilattizzanti, d'altro canto nell'organismo invaso avvengono tali modificazioni sia nelle varie proprietà dei tessuti, sia nella funzionalità dei varî organi, specialmente di quelli a secrezione interna, e tali pertubamenti negli stati nutritizî, che riesce difficile stabilire quali di questi fatti predomini in un caso e quale nell'altro. Perciò può benissimo insorgere un asma essenziale per effetto di una tossinfezione senza bisogno alcuno di uno stato anafilattico. E siccome nelle malattie infettive si ha, almeno in linea generale, la *restitutio ad integrum* dei tessuti intaccati, quando l'organismo ha superato la malattia, si trova in stato di immunità e non di anafilassi.

Per quel che riguarda il sintoma comune all'asma ed all'anafilassi, cioè l'eosinofilia locale e qualche volta anche generale, risulta che nell'anafilassi è un fatto puramente casuale, mentre è costante nell'asma. Inoltre *il tipo della dispnea è perfettamente diverso;* nell'asma dispnea espiratoria, bradipnea, nell'anafilassi polipnea e quando lo *shock* letale volge al suo fine, inspirazioni profonde e prolungate.

Così pure la caduta della pressione arteriosa, che si ha nell'anafilassi, non si riscontra nell'asma.

La sindrome emoclastica di Widal e collaboratori non depone a favore della natura anafilattica dell'asma, come vorrebbero gli stessi autori, perchè non coincide, ma precede l'attacco.

I criterî di analogia tratti dalla terapia si oppongono recisamente alla concezione anafilattica dell'asma essenziale: i sali di calcio giovano all'anafilassi per la loro proprietà coagulante, gioverebbero nell'asma per l'azione sedativa. L'atropina, utile nell'asma, è di dubbia efficacia nell'anafilassi. L'adrenalina che apporta ta to sollievo all'asma ico in accesso aggrava invece le condizioni dello *shock* anafilattico. Del resto uno stesso farmaco può giovare per meccanismi diversi in affezioni ben distinte e separate.

I dati anatomo-patologici sono affatto differenti; nell'asma predominano i fatti bronchiali, nell'anafilassi i fatti sono generali e molto complessi. L'anafilassi passiva depone contro la concezione anafilattica dell'asma.

D'altra parte, se si vuole interpetrare l'asma bronchiale come fatto anafilattico, è chiaro che l'accesso asmatico con la sua sintomatologia imponente corrisponderebbe ad un grave *shock* anafilattico, ed ammettendo l'uguaglianza nosologica ne dovrebbe seguire l'esito di quest'ultimo. Invece al contrario, l'asmatico, superata la crisi e riavutosi dall'accesso, dopo brevissimo tempo ritorna nelle condizioni norl mali. Quindi anche da questo punto di vista vi sono non solo divergenze ma fatti completamente opposti.

Nello *shock* anafilattico una parte predominante spetta ai disturbi del respiro d'ordine asmatiforme, però lo stato anafilattico interessa non il solo apparato respiratorio, come l'asma essenziale, ma tutto l'organismo.

L'asma essenziale non è quindi da considerarsi come un fenomeno di natura anafilattica, e tutte le analogie, tutti i fenomeni di somiglianza cadono di fronte ai fatti esposti: tutti i fatti addotti che fanno pensare alla natura anafilattica dell'asma essenziale sono da interpetrarsi come fatti simili, ma non identici, dovuti a meccanismi diversi.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Torsione e infiammazione delle appendici epiploiche.

(ANTHONY H. HARRIGAN. *Ann. of Surg.*, ott. 1917).

Le appendici epiploiche, chiamate anche appendici epiploidi (Meckel), apparato siero-grassoso (Poirier), siero-appendici epiploiche (Robinson) — quest'ultima denominazione per indicare la loro origine e natura peritoneale — vennero per la prima volta descritte da Vesalio e poi accuratamente studiate da Fabrizio Spiegel, Riolano, Glisson e Willis. Nella moderna anatomia, si tiene poco conto di queste formazioni, benchè abbiano una speciale struttura e un grande interesse chirurgico per la loro importante e speciale patologia.

Le appendici epiploiche sono in generale situate in due ordini lungo le pareti del grosso intestino, e sono in intima relazione colle fibre longitudinali della tonaca muscolare del colon. La linea di impianto delle appendici epiploiche segue il legamento del colon (taenia coli) anteriore e il postero-inferiore. Talvolta si riscontra un solo ordine di appendici, raramente tre. Sono meglio differenziate sul colon traverso e sul colon pelvico, meno sul cieco. Verso la estremità distale del colon pelvico diminuiscono gradualmente in numero e grandezza, finchè vengono a mancare sul retto. Possono essere coniche, lobulate, cilindriche o piatte a bordi più o meno frangiati. Essendo formate da una duplicatura del peritoneo, esiste fra i due foglietti della sierosa uno spazio normal-

mente virtuale, ma che in casi gravi di ascite o di anasarca può contenere liquido, in quantità variante da 1 a 10 cc. La lunghezza delle appendici epiploiche può oscillare fra 1 e 15 cm., il peso da 0.25 a 1 gr. a seconda del grasso che contengono. Il loro numero si aggira in media intorno a 100.

Sono irrorate dall'a. mesenterica superiore e inferiore, per mezzo delle arcate arteriose che queste arterie formano sul bordo libero dell'intestino. Le vene si vuotano nella vena mesenterica superiore e talvolta nella vena renale.

I linfatici non sono stati studiati.

Non si conosce il significato fisiologico delle appendici epiploiche. A causa della loro somiglianza coll'omento si è voluto inferire che abbiano una uguale funzione protettiva. Ma che le appendici epiploiche, semplici nella loro struttura, e che non presentano segni di una funzione specializzata come viene indicata da una complessa istologia, agiscano come l'omento, è cosa improbabile.

Robinson crede che le appendici epiploiche sieno in connessione col movimento dei liquidi nel grosso intestino, e basa la sua opinione sul seguente esperimento.

Egli lega il tenue in prossimità della valvola ileo-cecale, e a valle della legatura innesta la cannula di una grossa siringa. Appena il liquido sotto pressione entra nel colon, le appendici si sollevano e spingono in avanti la loro estremità distale; se il liquido continua a scorrere rapidamente e senza interruzione e può liberamente refluire dall'ano, le appendici epiploiche compiono un movimento aleggiante e vibratorio, come « gli alberi di una foresta visti dal finestrino di un treno in corsa ». Ostruendo completamente o parzialmente il colon, varia il movimento delle appendici. Questo esperimento non è mai stato ripetuto nè verificato.

Scorrendo la letteratura, si vede che la lesione dominante nella patologia delle appendici epiploiche è la torsione del loro peduncolo. Se questo fatto si associa con una infezione, acquista una grande importanza pratica a causa della cura chirurgica. Si può poi anche pensare che molte delle così dette peritoniti criptogenetiche si originino in questo modo.

Se non esiste infezione, l'importanza è puramente teorica, perchè l'estremità distale di un'appendice epiploica cade, per la necrosi della parte ove si verifica la torsione, nella cavità peritoneale e ivi resta come un corpo estraneo.

Virchow ha spiegato per il primo la genesi dei corpi estranei della cavità peritoneale, mostrando come l'obesità o un processo infettivo possano far aumentare la quantità del grasso contenuto nelle appendici epiploiche. Questo grasso essendo soggetto a saponificarsi e a calcificarsi, fa aumentare il peso dell'organo, e ciò conduce all'obliterazione dei vasi sanguigni del peduncolo. A questo proposito sono riferiti 11 casi, dei quali 4 di Riedel, in cui queste appendici epiploiche, libere nella cavità addominale, o non avevano dato alcun sintomo ed erano state rinvenute casualmente all'autopsia, o si erano rivelate simulando coliche biliari o appendiciti e in un caso dando perfino luogo a una peritonite mortale.

L'A. riporta quindi un suo caso nel quale la torsione e l'infiammazione di un'appendice epiploica avevano prodotto sintomi in tutto simili a quelli di una appendicite acuta. Riporta anche un caso simile di Briggs e uno di Zoppritz.

Un'appendice epiploica può, attorcigliandosi a mo' di cordone attorno a un'ansa intestinale, produrre un'ostruzione intestinale acuta, come venne per la prima volta stabilito da Cruveilhier. Due casi di questo genere, di Riedel, vengono riferiti dall'A.

Malgaique e Cruveilhier furono i primi a notare che un'appendice epiploica può essere il solo contenuto di un'ernia. Essa può non dare alcun disturbo o infiammandosi simulare uno strozzamento. Può anche, aderendo al sacco, rendere l'ernia irriducibile. L'A. riporta 16 casi di questo genere.

Un'appendice epiploica infiammata e attorcigliata dovrebbe essere asportata. Talvolta è sufficiente la sola legatura. Bisogna però compiere sempre l'asportazione quando un'appendice epiploica produce lo strozzamento di un'ansa intestinale o allorchè si trova in un'ernia, in questo caso perchè i disturbi circolatori potrebbero favorire l'attorcigliamento del peduncolo qualora l'appendice venisse riposta nella cavità addominale.

Queste diagnosi rimarranno oscure e difficili, finchè molti casi non verranno raccolti e i sintomi bene studiati.

M. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Adunanza ordinaria del 16 dicembre 1917.

Presiede il presidente Prof. VINCENZO DE GIAXA.

ANILE Prof. ANTONINO (S. O.). — *Commemorazione del Prof. Orazio Comes.*

BOTTAZZI Prof. FILIPPO (S. O.). — *Commemorazione del Prof. Pasquale Malerba.*

Ricerche istografiche, istochimiche e patogenetiche su lipomi multipli, nodulari, simmetrici e sulla malattia di Dercum.

MARTELLI Prof. CARLO (S. A.) — L'O. riferisce numerose ricerche istologiche e istochimiche fatte su quattro lipomi estratti da tre infermi di malattia di Dercum e di lipomatosi nodulare, dei quali si ripromette d'esporre in altro lavoro, insieme con quella di altri casi, la storia clinica.

Dal punto di vista istografico, i lipomi non si differenziano dal comune adipe sottocutaneo: essi sono composti di cellule adipose adulte in riposo, senz'alcun fenomeno cellulare di anabolismo, di atrofia, ecc., che caratterizza i grassi in evoluzione ed i lipomi. Essi presentano solo una maggiore compattezza dei lobuli adiposi e maggiore ricchezza di fibre precollagene ed elastiche, che ne aumenta la consistenza e li rende facilmente differenziabili, alla palpazione, dall'adipe sottocutaneo. Dal punto di vista istochimico, le cellule adipose contengono in prevalenza grassi neutri ed in minor quantità acidi grassi. Mancano la colesterina, il calcio, i lipocromi, ma riscontrasi una discreta quantità di lipoidi comuni, ch'è maggiore nei tumori di Dercum.

Tenendo presente la costituzione istografica ed istochimica dei lipomi, la rapida formazione di essi il dolore che li accompagna ed il profondo senso di astenia che si osserva nel morbo di Dercum; ricordando inoltre le moderne concezioni fisio-patologiche ed oncogeniche; tenendo presenti la profonda intimità che corre fra il sistema endocrinosimpatico ed i tessuti di rivestimento (cute e connettivo sottocutaneo), l'Autore è propenso a riguardare la patogenesi di questi tumori come dovuta ad uno squilibrio della lipogenesi, dipendente da disturbi funzionali multipli del sistema endocrino-simpatico, prevalentemente del sistema surrenale, il quale squilibrio si esplicherebbe nel connettivo sottocutaneo in punti ricchi di tessuto elastico, per lo più lentamente ed insensibilmente (lipomi cronici non dolorosi), più di rado acutamente e dolorosamente, a guisa di scoppio anafilattico.

Di una speciale sindrome ematica nelle anemie da digiuno prolungato (anemia oligopojetica ipoalimentare).

MARTELLI Prof. CARLO (S. A.) — L'O. dice che dallo studio del sangue di varii individui sottoposti a digiuno prolungato risulta una speciale sindrome ematica, che per le sue caratteristiche emologiche e per la chiara etiopatogenesi merita la denominazione di *anemia oligopojetica ipoalimentare.*

Essa rappresenta semplicemente una forma del grande gruppo di anemie da deficiente empojesi, che pel modo acuto di iniziarsi in organismi dapprima validi e per la rapidità ed intensità di azione della causa etiologica, acquista una speciale fisionomia di cui potrebbe anche profittare il medico-legale.

Dal punto di vista *ematologico* si osserva: leucopenia neutrofila con mononucleosi relativa ed inversione della formola leucocitaria, come nello stato infantile; forte diminuzione o scomparsa delle forme giovani di globuli rossi (policromatofili, emasie granulose); oligocitosi ed oligocromia non molto spiccate (attorno ai 3 milioni di G. R.; 50-60 di H. b.). Questi sono i segni caratteristici di una diminuita attività mieloide (*oligopojetica*) da mancanza di stimoli normali (*ipoalimentare*), la quale oligopojesi, d'altro canto, non offre segno emologico alcuno di anematopojesi per influenza di stimoli tossico-metaplastici sulla serie rossa (eritroblasto-megalocitosi, ecc.), nè sulla bianca leucocitaria (mieloblasto-mielocitosi, ecc.), e non rivela alcun carattere clinico di morbosità.

Semplice e facile ne è la *diagnosi* e rapida l'intuizione di essa per l'ematologo accorto e prevenuto.

La presenza di oligocitosi ed oligocromia non profonde, ed ancor più la leucopenia neutrofila e l'assenza di rivivescenza emoglobinica svelano subito l'oligopojesi midollare; d'altra parte l'assenza di forme anaplastiche e metaplastiche degli elementi rossi e bianchi, e la relativa leggerezza dell'anemia, unitamente alla mancanza di dati clinici di malattie organiche, fanno subito escludere le forme iniziali di gravi emopatie per anematopojesi tossico-metaplastica, ed ammettere invece una semplice oligopojesi da mancato o diminuito stimolo fisiologico.

La cui *patogenesi* oligopojetico acuta ed *etiologica* ipoalimentare che imprimono a tale sindrome note tanto diverse dalle comuni anemie delle classi povere nelle quali l'organismo ha il tempo di adattarsi all'abituale scarso regime, mantenendo, sebbene ribassato, il suo equilibrio emopojetico possono venir meglio chiarite e più confortate da accorte domande e fiduciose risposte.

Da ulteriori studi clinici e ricerche sperimentali, l'O. si ripromette di seguire il comportamento dei diversi elementi nella ricostituzione del sangue e di approfondire ancor più, potendolo, questa speciale anemia oligopojetica ipoalimentare.

Il Socio Prof. DE RENZI domanda al Martelli, se l'anemia, di cui ha parlato, presenta affinità con quella che segue a profuse perdite di sangue.

Il MARTELLI risponde che fra le due forme di anemie esistono notevoli differenze. S.

Il fascicolo 3 (1° marzo 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le tachicardie.

A. Martinet (*La Presse Méd.*, 6 dic. 1917) osserva che dal punto di vista pratico le tachicardie possono raggrupparsi in tre tipi: 1° Crisi di tachicardia parossistica; 2° Crisi di tachicardie temporanee, accidentali; 3° Tachicardie più o meno permanenti.

1° La diagnosi delle crisi di tachicardia parossistica è relativamente facile: in genere sono parossistiche tutte le tachicardie che passano i 110 battiti al m.', che hanno inizio improvviso, non sono accompagnate da gozzo esoftalmico, non si manifestano in occasione di fatti febbrili e non sono modificate sensibilmente dal passaggio dalla posizione orizzontale a quella verticale. Una qualche difficoltà diagnostica si incontra quando non si conoscono gli antecedenti del soggetto e sono presenti segni di debolezza cardiaca. In questi casi non è facile accertare se la tachicardia è stata l'inizio dei fenomeni di adinamia cardiaca o se invece non è che un sintoma secondario dell'asistolia.

2° Le crisi di tachicardia temporanea, accidentale si hanno nella febbre, negli sforzi, nelle emozioni, nel dolore, ed in certi avvelenamenti.

a) *Febbre.* — La tachicardia e l'ipertemia sono i due elementi caratteristici, clinici, essenziali della febbre. Si sa per altro che in alcune febbri (meningite, peritonite, ecc.) si può avere discordanza tra l'ipertemia e la tachicardia e che questa discordanza costituisce un segno clinico di non trascurabile valore. D'altra parte l'ipertemia può esercitare un'azione rallentatrice su certe tachicardie abituali (morbo di Basedow, crisi tachicardiche).

b) *Sforzi.* — È ben noto che la frequenza del polso aumenta con gli sforzi e tanto più quanto più violento e prolungato è lo sforzo. In linea generale si può dire che in seguito ad uno sforzo medio l'accelerazione del polso è tanto minore ed il ritorno allo *statu quo ante* è tanto più rapido quanto più grande è la potenza di riserva cardiaca ed inversamente.

c) *Attitudine.* — L'accelerazione del polso determinata nel passaggio dalla posizione orizzontale a quella verticale chiamasi tachicardia ortostatica. Pare trattarsi di un riflesso addomino-cardiaco tanto più che il fenomeno è molto accentuato nella ptosi viscerale.

d) *Emozioni.* — La tachicardia è uno dei segni somatici più costanti della sindrome emozionale. Senza dire che esiste una vera neurosi tachicardica, la costituzione emotiva tachicardica.

e) *Dolore.* — Le visceralgie determinano una tachicardia riflessa transitoria la cui origine potrà trovarsi in tutti gli organi.

f) *Avvelenamenti.* — La tachicardia accompagna parecchi stati tossici: molto più evidente è nel caffeismo, nel teismo e nel teobromismo. Dapprima è transitoria in coincidenza con la intossicazione, ma col tempo si sviluppa una vera neurosi tachicardica.

3° Le tachicardie più o meno permanenti si possono incontrare in due gruppi di condizioni: 1) in coincidenza di lesioni cardiache conclamate: miocardite, pericardite, vizî valvolari sopratutto aortici; 2) in assenza di affezioni cardiache: morbo di Basedow, nevrosi tachicardiche.

a) Le tachicardie sintomatiche di malattie organiche del cuore nella maggior parte dei casi devono essere interpretate come espressione di una miocardiostenia. La diminuzione della tachicardia col riposo, il regime regolare, la digitale convenientemente somministrata costituisce una prova della sua origine. I risultati della prova circolatoria d'attitudine e di movimento ne costituiscono la conferma sperimentale. La s'incontra associata alle miocarditi sopratutto post-infettive, alle pericarditi ed alle endocarditi specie aortiche.

b) Le tachicardie di origine basedowiana si manifestano con la classica sindrome: tachicardia, esoftalmo, ipertrofia tiroidea ed in via accessoria tremori e disturbi vasomotori.

Le tachicardie di origine criptogena (nevrosi tachicardiche) accompagnate spesso da altri sintomi funzionali come palpitazioni, algie, ecc. si distinguono da quelle di origine basedowiana solo per la mancanza degli altri sintomi concomitanti.

Per il resto le une e le altre sono accelerate dagli sforzi, raramente sono accompagnate da dispnea o extrasistoli, sono poco o niente influenzate dalla pressione oculare e dal trattamento digitalico; di solito si accompagnano a leggera ipertensione.

Un fenomeno notevole molto frequente se non costante è l'inversione della temperatura e del ritmo cardiaco: la frequenza del polso s'abbassa quando la temperatura del corpo si eleva.

Nell'una e l'altra forma si tratta di una intensa eccitazione simpatica con azione non solo cardio-acceleratrice, ma vaso-costrittrice, ipertensiva e talora anche termica. Si tratta di due affezioni tiroidee, l'una a gozzo apparente, l'al-

tra ad alterazione tiroidea nascosta (adenomi minuscoli, alterazione della secrezione interna), o solamente di due sindromi d'eccitazioni simpatiche patogeneticamente distinte, l'una di origine tiroidea, l'altra a causa ignota. Per quanto la prima ipotesi sembri la più verosimile, tanto che molti autori già parlano di morbo di Basedow frusto senza gozzo, prima di concludere è prudente attendere dimostrazioni più decisive. *a. a.*

Le prove dell'atropina e del nitrito di amile nelle bradicardie.

L'argomento è diffusamente trattato da Iosuè e Belloir nel n. 31 del *Paris Médical* dell'anno decorso, i quali vengono a queste conclusioni: La prova dell'atropina e quella del nitrito di amile forniscono nozioni di fisiologia clinica nei casi di bradicardia, sopprimendo l'azione cardio-inibitrice dei vaghi. La prova del nitrito di amile, più rapida, più costante, più energica, è preferibile a quella dell'atropina. Una prova positiva, determinante cioè l'accelerazione del polso, non implica che la bradicardia sia dovuta all'eccitazione del pneumogastrico, ma indica soltanto che il vago ha conservata la sua azione tonica normale sul miocardio. In effetti l'atropina ed il nitrito di amile agiscono sul cuore normale. Questa nozione è molto importante.

Tuttavia le bradicardie, nelle quali il risultato delle prove è nettamente positivo, sono in regola generale delle bradicardie totali, determinate dall'eccitazione del vago e molto eccezionalmente delle bradicardie per dissociazione auricolo-ventricolare, dipendenti dalla stessa causa. È possibile infine che l'azione tonica del vago sia conservata anche nei casi, dove la bradicardia è il risultato di un disturbo miocardico, per esempio di un disturbo tossico (digitale). In simili casi la prova si mostrerebbe positiva anche se la bradicardia è di origine miocardica. Le bradicardie, nelle quali le prove sono negative, cioè non determinanti accelerazioni del polso, sono di origine miocardica. Queste sono in regola generale delle bradicardie per dissociazione auricolo-ventricolare per interruzione del fascio di His, eccezionalmente delle bradicardie per blocco seno-auricolare. Esistono anche delle bradicardie tossiche miocardiche, insorgenti, per esempio, sotto la influenza della digitale.

È impossibile allora precisare la localizzazione muscolare.

Nei casi di bradicardia con dissociazione auricolo-ventricolare completa le prove determinano sovente una leggera accelerazione dei ventricoli, indicante la persistenza di connessioni del pneumogastrico con i ventricoli. Forse si potrebbero temere in simili casi delle crisi di rallentamento estremo dei ventricoli per eccitazione del vago. Queste crisi non sarebbero più da temere quando tutte le connessioni, sia nervose che muscolari, sono interrotte e che i ventricoli si contraggono in modo invariabile a ritmo idio-ventricolare. In quest'ultimo caso le prove sono assolutamente negative. Conviene notare che le prove dell'atropina e del nitrito d'amile forniscono nozioni interessanti, ma non assolute e che non escludono ogni discussione. È dunque necessario ricorrere nello stesso tempo ad altri mezzi di investigazione.

Come si sa, per praticare la prova dell'atropina si fa una iniezione sottocutanea di una soluzione sterile di 1 mmgr. di solfato neutro di atropina in un centimetro cubico di acqua distillata. Se questa prima iniezione non ha dato reazione positiva, si è autorizzati ad iniettare 2 mmgr. l'indomani. Si nota spesso, anche quando la reazione si mostrerà più tardi positiva, una lieve diminuzione delle contrazioni cardiache nei 5-10 minuti che seguono l'iniezione. Poi un quarto d'ora dopo questa sopravviene una netta accelerazione del polso, col suo massimo mezz'ora-tre quarti d'ora dopo, per decrescere poi più o meno rapidamente.

La tecnica della prova del nitrito d'amile è più semplice e sopratutto più rapida. Il paziente decombe sul dorso, la testa debolmente sollevata, mentre si conta il polso; poi si fa inalare il nitrito di amile. Per far ciò si versano 5-10 goccie di nitrito di amile in un pezzo di tela, che si applica sul naso e sulla bocca: si raccomanda al soggetto di respirare largamente. Dopo pochi istanti la faccia si congestiona, il paziente ha calore al viso e battiti alle tempie, il polso si accelera notevolmente. Cessata l'inalazione, dopo qualche minuto il polso torna di frequenza normale. P. C.

TERAPIA.

La stricnina, a dosi intensive e progressive, nei feriti gravi.

Dall'inizio della guerra Hartenberg (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n. 39, 1917) ha sperimentato nei feriti gravi questo metodo di cura. Esso consiste nel somministrare il medicamento alle dosi più alte sopportabili, fino alla comparsa dei primi fenomeni di stricnismo, per utilizzare al massimo la sua azione terapeutica e nell'aumentare progressivamente le dosi per mantenere al massimo questa azione, malgra-

do l'abitudine, che è molto rapida. Così impiegata la stricnina, costituisce un tonico nervoso dei più potenti. Essendo difatti opinione di tutti i chirurgi che la depressione nervosa consecutiva allo choc rappresenta uno degli elementi essenziali della gravità dei traumatismi di guerra, è giusto utilizzare per combatterla il valore stimolante di questa terapia.

Ecco come si procede in pratica: Si utilizza una soluzione di solfato di stricnina al centesimo, per via ipodermica. Si praticano tre iniezioni al giorno, ogni 6 ore, perchè l'eliminazione del medicamento, facendosi in quattro ore circa, basta questo intervallo per evitare ogni accumulo. Il primo giorno iniettare ogni volta 5 mgr., ossia 15 mgr. nella giornata. Poi aumentare ogni iniezione di una divisione per giorno della siringa Pravaz, per modo che dopo 10 giorni si inietterà ogni volta la siringa intera, ossia 3 centigr. al giorno. Fermarsi a questa dose e cessare dopo 12-15 giorni, per riprendere, in caso di bisogno, una nuova serie dopo qualche giorno di intervallo. Queste dosi intensive sono in generale perfettamente sopportate: la reazione si limita ad un poco di vertigine, di rigidità delle gambe e delle mascelle. Tuttavia, producendosi qualche impressione sgradevole, basterà tenersi ad una dose fissa per un giorno o due, per permettere di stabilirsi l'abitudine: poi si ricomincerà la progressione.

I risultati terapeutici ottenuti sono molteplici: innanzi tutto la stricnina ad alte dosi esercita sul sistema nervoso, sulla nutrizione generale e sulle glandole a secrezione interna, uno stimolo energico. Quindi combatte efficacemente gli effetti dello choc traumatico, aiuta il ferito a reagire contro l'astenia, a sopportare gli interventi operatori, a ricuperare le forze fisiche e psichiche. Inoltre eccita l'appetito, regolarizza il sonno, ed, attivando verosimilmente la fagocitosi, essa sembra che agisca anche localmente per facilitare la cicatrizzazione della piaga e far cessare le suppurazioni. Adunque, in grazia delle sue diverse proprietà, la stricnina rende preziosi servigi in tutte le fasi della evoluzione chirurgica dei feriti, dal traumatismo iniziale fino alla convalescenza

P. C.

Contro il collasso nelle gravi emorragie di guerra.

Sono note le pratiche usate per combattere il collasso, che è particolarmente grave nei soldati feriti più che nella pratica civile. La trasfusione, gli stimolanti, l'ipodermoclisi di soluzione fisiologica, il metodo goccia a goccia di Murphy.

Spesso però tutti questi rimedi falliscono ed il medico non ne ha altri a cui ricorrere.

I. Nowakowski (*Münch. med. Woch.*, 25 gennaio) osserva che questi individui con gravi emorragie fin che hanno forza respirano profondamente in modo da permettere una sufficiente ossidazione ai pochi corpuscoli rossi rimasti. Ma se le forze vengono loro a mancare, la respirazione diviene superficiale, subentra un sudore freddo, le condizioni del polso peggiorano, l'individuo perde la conoscenza e cade in collasso. Questo stato può venir superato, ma si ripete spesso a breve distanza: ad ogni modo dominano in esso i fatti respiratorî. L'A. propone quindi di usare in simili contingenze le inalazioni di ossigeno, per mezzo anche dell'apparecchio respiratore Draeger (di cui anche il nostro Esercito è provvisto per la lotta contro i gas asfissianti).

È sorprendente la vera fame d'ossigeno, che hanno questi individui, che lo inspirano volentieri quasi avidamente e si sentono da essi ridestati. Le esperienze dell'A. non sono molto numerose, ma sembrano ad ogni modo promettenti e mette conto di provare anche questo mezzo per tentare di salvare gli individui dissanguati da ferite.

ini.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(928) *Cura della dissenteria.* — Al dott. C. T.:

Si è già risposto in proposito ad altre analoghe domande. In rapporto ai quesiti che ella espone, aggiungiamo quanto segue.

La *dieta* nella forma acuta deve consistere unicamente di latte bollito, nei primi giorni; se si sospetta un'intolleranza per i grassi, il latte va scremato; all'inizio è bene diluirlo con acqua di riso. In seguito, quando la febbre sia cessata e le feci abbiano perduto il carattere diarroico, si aggiungono delle zuppe d'orzo e del riso ben cotto, più tardi pane tostato, uova, ecc. Il cibo va sempre somministrato tiepido.

Quanto agli enteroclismi, è bene evitarli nel periodo acuto; essi sono invece utili nelle forme subacute e specialmente croniche; devono venire somministrati tiepidi, a 37° circa, in quantità di ½-1 litro.

Il *bolus alba* (argilla sterilizzata) viene in realtà usato specialmente nella dissenteria bacillare insieme a carbone, alla dose di 50 gr., stemperato in acqua.

FIL.

(929) All'abb. n. 1543 suggeriamo:

L. RÉNON, *Le traitement scientifique et pratique de la tuberculose pulmonaire*, Paris, Mas-

son & C.ie, 1911; G. KÜSS, *Traitement de la tuberculose pulmonaire*, in Bibliothèque de thérapeutique, Paris, J.-B. Baillière, 1911; B. BANDELIER e O. ROEPKE, *Die Klinik der Tuberkulose*, Würzburg, C. Kabitzsch, 1912; M. FISHBERG, *Pulmonary Tuberculosis*, Philadelphia & New York, Lea & Febiger, 1916. L. V.

(930) Al dott. A. D. L. da T.:

Non conosciamo nessun trattato italiano o tradotto, molto recente, che sia veramente consigliabile. V. M.

VARIA.

La Sanità militare italiana giudicata in America.

I numeri del 12 e 18 gennaio c. a. del *Medical Record* contengono una relazione della Commissione della Croce Rossa Americana all'*American Association for the Advencement of Science* di Pittsburg ed al *Collegio dei medici* di Filadelfia sulle condizioni del servizio sanitario dell'esercito italiano.

Il dottor Heiser, che è stato il relatore, si esprime con termini veramente calorosi ed entusiastici per la efficienza della nostra organizzazione sanitaria militare. Egli dice che lo sforzo fatto dall'Italia, tenuto conto delle sue risorse e dello stato d'impreparazione prima della guerra, ha del meraviglioso, tanto più che essa in vari campi non solo è bastata a sè stessa, ma ha fornito anche gli alleati. Per un esercito di 4 milioni di uomini si è provveduto un largo numero di ospedali con circa un milione di letti. E quel che più importa, si è che l'arredamento veramente ricco di questi ospedali è stato provveduto tutto dal paese stesso: l'Italia a differenza degli altri alleati ha chiesto all'America pochissimo materiale sanitario.

Secondo l'Heiser, l'organizzazione sanitaria italiana è perfetta ed ha saputo assolvere convenientemente compiti molto più difficili di quelli che hanno affrontati gli altri belligeranti. Grazie alla profilassi sapiente, scrupolosa, si è potuto preservare l'Italia dalla invasione del colera, che fu importato dai prigionieri austriaci. Il servizio d'igiene è veramente perfetto e meritevole d'essere indicato come modello. La sua efficienza può essere apprezzata solo da chi ha constatato i provvedimenti presi per la difesa contro le malattie infettive esotiche e che minacciano continuamente l'Italia a causa del continuo passaggio attraverso la penisola delle truppe internazionali provenienti dal fronte macedone.

L'A. apprezza le provvidenze attuate a favore dei militari e prigionieri tubercolotici.

Ma anche in altri campi il servizio sanitario dell'esercito italiano trovasi all'avanguardia del progresso. Gli ufficiali medici hanno una competenza ed un'attività ammirevoli. Tutti i più recenti metodi di cura sono adoperati con maestria.

E quel che è più impressionante si è che negli ospedali italiani non manca nulla, anzi vi è più del necessario, ma da per tutto si rileva tanta semplicità e parsimonia che le spese di mantenimento sono ridotte ad un terzo di quelle degli ospedali di altri eserciti.

Per quel che riguarda il trattamento di protesi, gli italiani si sono dimostrati i più abili: gli apparecchi forniti dall'industria locale sono tra i più ingegnosi ed i più perfetti.

L'A. rileva la completa armonia tra la Sanità militare e la Croce Rossa (è da notare che in America non esiste che la Croce Rossa).

La relazione termina così: questo popolo sfortunato ha recentemente subito un terribile rovescio, ma per gl'italiani si può dire che differiscano dagli alleati e specialmente dagli inglesi e dagli americani, in ciò che mentre questi sono soliti di vantarsi di cose che non hanno ancora fatto, gli italiani invece prima fanno e poi vantano l'opera loro. *a. a.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

P. DUVAL. *Les plaies de guerre du poumon.* Un vol. in-16° di 139 pag. con figure e tavole fuori testo in nero ed a colori. Masson et C., éd., Parigi. Prezzo L. 8.

Questo libro ha un'impronta vigorosamente personale. A poche pagine di notizie statistiche seguono delle considerazioni di anatomia patologica da cui l'A. trae la conclusione che la ferita polmonare è identica ad ogni altra ferita di guerra ed identicamente deve essere curata.

D'importanza essenziale è il trattamento precoce dell'emorragia: l'intervento chirurgico può salvare da emorragia con immediato pericolo. Le indicazioni per il trattamento operativo e la tecnica operatoria vengono descritte con metodo e chiarezza ed accompagnate da figure molto dimostrative. Per quanto riguarda le infezioni l'A. è del parere di chiudere gli orifizi del setone polmonare senza disinfettare meccanicamente tutto il tragitto; in tal modo si protegge la pleura dall'infezione anaerobica proveniente dalla ferita polmonare.

Alla fine vengono riportati per sommi capi i

protocolli di osservazione di una trentina di casi clinici.

Particolarmente ben riuscite e dimostrative sono le tavole fuori testo e gli schemi.

I. P.

R. GREGOIRE e A. COURCOUX. *Plaies de la plèvre et du poumon.* Un vol. in-16° di pag. 212 con 44 fig. (Collezione Horizon). Masson et C.ie, éd. Prezzo L. 4.

La frequenza delle ferite pleuro-polmonari è ritenuta variare da 3.5 a 10 %, probabilmente però i dati statistici sono, in proposito, fallaci perchè non vengono enumerati molti soldati, che sono morti prima che si sia potuto fare un esame accurato, nè tanto meno quelli uccisi sul campo di battaglia. Come agenti vulneranti vanno facendosi sempre più frequenti i proiettili d'artiglieria.

L'esito delle ferite pleuro-polmonari può essere ben vario; alcune sono rapidamente letali, altra volta invece comportano una guarigione anche in breve tempo. Abbastanza rara è l'infezione della ferita pleuropolmonare, mentre possono però sorgere delle complicazioni d'indole chirurgica.

Tutti questi argomenti vengono ampiamente studiati dagli AA. sulla base di numerose e diligenti osservazioni personali. I sussidi terapeutici, le indicazioni ed i metodi della tecnica operativa vengono trattati con chiarezza e con spirito pratico.

ini.

PERUZZI MARIO. *Il processo di riparazione delle ferite polmonari d'arma da fuoco.* Un vol. in-8° di 190 pag. con 36 fig. e 3 tavole di microfotografie. (Tipografia della R. Accademia Navale, Livorno).

È generalmente nota, e purtroppo la sanguinosa guerra attuale offre largo materiale d'esperienza, la benignità di molte ferite polmonari e la tendenza alla guarigione spontanea. Mancano però opere recenti e d'insieme sul meccanismo con cui si compie la riparazione di tali ferite.

L'A. viene a colmare questa lacuna col suo lavoro in cui, dopo avere esposto i dati fin qui conosciuti sulla patologia delle ferite polmonari, riporta i risultati da lui ottenuti in numerose esperienze corredate di osservazioni radiologiche ed istologiche.

Egli studia in tal modo l'evoluzione dei focolai emorragici, e la riparazione delle lesioni pleuriche, alveolari bronchiali e vasali.

Le figure schematiche e le microfotografie di preparati sono interessanti e dimostrative.

ini.

GRAZIANI dott. VINCENZO. *Il gozzo e le prime vie del respiro.* Tipogr. Simboli; Recanati, 1917.

È una pubblicazione di 200 pagine con splendide fiugure, di cui molte a colori, divisa in 10 capitoli.

Nei primi tre capitoli l'A. ha riunito lo studio del territorio di origine della tiroide, le modalità della sua formazione, i suoi rapporti con le formazioni vicine, la sua funzione e le perturbazioni di questa, non raccogliendo fatti isolati ma in modo tale da rendere chiaro sia l'insorgenza e l'evoluzione delle forme neoproduttive della tiroide e delle tiroidi accessorie, sia l'interpretazione e comprensione dei fenomeni che il gozzo può produrre sulle prime vie del respiro.

Dopo di avere passato in rassegna nel quarto capitolo le sedi e le varie forme del gozzo ed esposto nel quinto la semiologia della laringe e della trachea in rapporto allo struma, il Graziani tratta nel sesto dei disturbi che il gozzo esplica sulle prime vie del respiro, direttamente o indirettamente, sia per gli spostamenti o stenosi della laringe e della trachea, sia per le alterazioni di struttura delle pareti laringotracheali, sia per le alterazioni dei nervi, dei vasi, dei muscoli, con una completa esposizione ed un chiaro studio patogenetico dei sintomi morbosi. Del capitolo fanno parte esperienze originali dell'A. sulla natura e patogenesi del rammollimento cartilagineo della trachea e numerose osservazioni cliniche personali; una fra queste è assai importante perchè confermerebbe la legge del Massei pel ricorrente.

Nel settimo capitolo l'A. si occupa delle alterazioni del respiro e della fonazione nei principali gozzi aberranti. Gli effetti sulle prime vie aeree determinati dalle complicanze del gozzo sono stati studiati nell'ottavo: nel nono i disturbi che possono seguire ad interventi terapeutici sul gozzo.

Nel decimo ed ultimo capitolo infine l'A. tratta della cura dei disturbi prodotti sulle prime vie del respiro dalla presenza del gozzo. E dopo avere accennato, forse un po' troppo fugacemente, alle cure mediche del gozzo che possono determinare la guarigione dei fenomeni morbosi a carico del tubo laringo-tracheale, col diminuire o scomparire del tumore tiroideo, l'A. si occupa delle cure che direttamente possono essere portate sulla laringe e sulla trachea per vincere disturbi che il gozzo provoca su di esse e pei casi gravi, discute anche delle indicazioni degli interventi chirurgici radicali diretti sul gozzo.

Prof. PORTA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulle pensioni dei medici.

Questo mio articolo sembrerà certamente fuori di luogo in questo momento in cui cose ben più gravi tengono preoccupati gli animi italiani. Ed io pure sono di quest'avviso, ma lungi assai dalla nostra Italia per servizio militare, so che queste mie righe saranno rese pubbliche fra tempo non breve, quando non è escluso possano non essere fuori di luogo, tanto più se si nota che riguardano una questione che credo opportuno sia risolta prima che la guerra finisca.

Intendo parlare della questione delle pensioni dei medici, su cui mi sembra quasi un dovere il ritornare ancora, avendola agitata anni sono con tanta insistenza nelle nostre associazioni e sui nostri giornali. Ricordo come col regolamento vigente della nostra Cassa Pensioni molti medici non hanno da tale Cassa alcun vantaggio, o ben piccolo, come ad esempio quei sanitari che per un certo numero di anni furono assistenti universitari e poi medici di ospedali, pure per vari anni facendo versamenti per la pensione, costretti poi dai regolamenti ospedalieri a lasciare il loro servizio, passano perciò al libero esercizio; come viceversa, quei medici che per vari anni sono stati medici condotti o di ospedale e poi passano a servizio dello Stato, senza raggiungere nell'un luogo o nell'altro il diritto a pensione.

È da ciò che sorse nella nostra classe il desiderio che qualunque servizio il medico disimpegni, compreso il libero esercizio, debba valere per avere dopo un certo numero di anni una pensione.

Si aumentino magari, osserviamo, le nostre quote annuali, ma ci sia data la sicurezza che i versamenti che oggi facciamo non siano vani quando si passasse a certi altri servizi: dall'Università all'ospedale o dall'Università alla condotta, o dalla condotta al libero esercizio o dall'ospedale alla carriera militare.

Ora io penso appunto come alla fine della guerra a molti possa affacciarsi il problema della via da seguire, specie a chi dalla guerra può avere avuto i maggiori danni, o a chi non si sente più l'energia di ricominciare da capo a riformarsi la sua clientela dispersa o a riprendere servizio di gravose condotte.

Vi saranno fra essi medici non pochi che già avranno anni di servizio per la Cassa Pensioni che alla fine della guerra essendo già passati effettivi nell'esercito potrebbero avere la convenienza a restare nel servizio militare, ma che nello stato attuale del regolamento della Cassa Pensioni perderebbero gli anni per cui già fecero versamenti, e sarebbero perciò o costretti a rimanere nella precedente carriera civile, o, passando alla militare, a perdere gli anni della carriera civile. Ora io mi domando se non possa essere opportuno, appunto prima che la guerra finisca, un emendamento del regolamento della nostra Cassa Pensioni, passando ad essa anche i medici al servizio dello Stato, nel senso che qualunque siasi il servizio, compreso il libero esercizio, col necessario versamento per la pensione, sia computato per la pensione stessa.

L'Ordine dei medici di Napoli, se non erro, si stava occupando della questione, indiscutibilmente complessa; ad esso quindi mi permetto in special modo rivolgermi, nella speranza che al ritorno della pace sia dato a noi reduci, ed ai medici tutti, di sapere ad ognuno più utile l'attuale Cassa Pensioni, e più facile ottenere nella vecchiaia una pensione, qualunque sia il servizio che si vada a prestare, perchè in ogni modo sempre a profitto dei sofferenti.

Trik - Tarhuna (Libia).

Dott. DORI LUIGI
Tenente medico 2° Batt. Bersaglieri.

A proposito di libere docenze.

Signor Direttore,

leggiamo nel n. 7 del *Policlinico* - Sez. Pratica - corr. anno, le lagnanze di «molti giovani assistenti in zona di guerra» sulla concessione di libere docenze. Premettiamo subito che noi non aspiriamo ad alcuna libera docenza la quale (in questo siamo d'accordo con loro) non vien sempre concessa ai più valorosi, nè vogliamo esprimere i nostri modesti e incompetenti concetti su quello che dovrebbe essere la libera docenza. Vorremmo soltanto rilevare che non c'era bisogno, per mettere in valore le loro proteste, che questi *giovani assistenti* considerassero con un certo dispregio l'esercizio professionale di condotta, come se tutto ciò che ha di meglio la disciplina nostra dovesse essere monopolizzato da coloro che hanno messo piede nelle cliniche e nei laboratorî.

Rileviamo che la funzione del medico condotto ha un altissimo valore e costituisce un ammaestramento pratico non minore di quello dell'assistentato nelle cliniche e nei laboratorî.

Il medico condotto, con maggiori sacrifici, con preoccupazioni incessanti, affidandosi all'osservazione diligente, si mette nelle condizioni di completare e a volte rifare del tutto la sua educazione professionale senza pregiudizio di scuole. A lui poi è riservata una funzione scientifica che nessuna clinica e nessun laboratorio potranno meglio assolvere: di contribuire a quel capitolo della medicina da creare, che riguarda il modo di saper sorprendere la malattia nel suo primissimo esordio, mettendone in valore discriminativo i relativi segni.

Tali le pedestri osservazioni a difesa della dignità scientifica e sociale del medico condotto, senza peraltro disconoscere la importanza somma della educazione clinica e di laboratorio; anzi noi aneliamo di venire a contatto coi sommi maestri e cogli esperti clinici che noi veneriamo e che, chiamati frequentemente a consulto da noi, e perciò migliori nostri conoscitori, sappiamo che non condividono le idee e il giudizio, a nostro riguardo, dei loro *giovani assistenti*. Ai quali peraltro inviamo il nostro collegiale e cordiale saluto per la nobile missione che anche essi compiono.

Parecchi medici condotti.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione degli Ordini dei medici - Bologna. — L'ufficio di presidenza ha diramato ai presidenti degli Ordini la seguente circolare n. 24:

Bologna, 26 febbraio 1918.

Questa Presidenza non ha potuto superare le gravi difficoltà non solo finanziarie ma anche tecniche per le quali non era possibile continuare la pubblicazione del «Bollettino della Federazione degli Ordini dei Medici»: ed ha anche rinunciato alla pubblicazione, che sarebbe venuta con tanto ritardo, del numero che doveva pubblicarsi il 31 dicembre 1917. Quindi da oggi il nostro «Bollettino» è sospeso.

In attesa delle decisioni che potrà prendere il Consiglio Federale, la Presidenza comunica che diramerà agli Ordini, alle Associazioni, ai giornali medici e professionali, ai Senatori e Deputati medici ecc. circolare contenente il resoconto dell'opera svolta dalla Federazione. Sarà diramato subito l'elenco delle offerte della nostra sottoscrizione dal 15 novembre al 31 gennaio scorso, nel quale periodo l'importo della sottoscrizione è salito da lire 74.235,92 a lire 116.767,36 e sinora sono già state distribuite ai medici profughi lire 11.596,47.

Una seconda prossima circolare conterrà gli atti della Federazione e l'opera da essa svolta per i medici profughi, per i medici prigionieri e per quanto altro possa interessare la nostra organizzazione.

La Presidenza Federale segue attentamente l'opera che svolgono gli Ordini in quest'ora così piena di speranza e di fede nelle sorti della Patria ed incita a perseverare in ogni azione per la resistenza al fine supremo del bene e della fortuna d'Italia.

ATTI PARLAMENTARI.

Servizio sanitario militare.

Alla interrogazione dell'on. Sanarelli al Ministro della Guerra in favore degli ufficiali medici anziani, il ministro della Guerra gen. Alfieri ha così risposto:

«La concessione della qualifica di primo capitano fatta col R. Decreto 28 marzo 1915, n. 339, ai capitani del servizio attivo permanente che abbiano 12 anni di grado e 20 di anzianità di ufficiale ed ai capitani del congedo allorquando abbiano avuto detta qualifica gli ufficiali in servizio attivo permanente di pari anzianità della rispettiva arma o corpo, trovò la sua ragione d'essere in moventi di ordine equitativo in tempi in cui lo svolgimento normale delle carriere costringeva gli ufficiali a rimanere per un periodo di tempo non indifferente nel grado di capitano senza poter raggiungere se non molto tardi il grado di maggiore.

Lo spirito della disposizione pone pertanto di per sè stesso in rilievo la inopportunità di estendere la disposizione stessa sulla base di criteri di indole varia e assolutamente diversa.

Aggiungasi inoltre che il concedere, come si vorrebbe, la qualifica di primo capitano ai capitani medici che abbiano compiuto 25 anni di laurea e almeno 2 anni di ininterrotto servizio come ufficiali medici di complemento, assumerebbe tanto più la portata di un provvedimento di favore non troppo opportuno in quanto per la concessione del grado a detti ufficiali sono state già seguite, in forma di vera e propria eccezione in confronto delle disposizioni che regolano in via ordinaria la concessione della qualità di ufficiale del R. Esercito, norme particolarissime le quali hanno permesso il conseguimento immediato di gradi anche superiori in ragione delle singole attitudini professionali».

All'interrogazione dell'on. Sanarelli sul personale sanitario addetto agli ospedali territoriali per soli contagiosi, il Ministro della Guerra ha così risposto:

«Il trattamento economico del personale del Regio Esercito è stato graduato a seconda del genere del servizio e della località in cui si svolge. Perciò — per quanto riguarda il personale sanitario — sono state concesse le indennità di guerra a quello addetto ai servizi di prima linea od in servizio nel territorio delle operazioni, mentre è stata concessa la indennità ridotta ossia di marcia, al personale addetto a stabilimenti di seconda linea nelle retrovie delle armate, oppure ad ospedali contumaciali in zona di guerra.

Quest'ultima concessione, come riconosce lo stesso interrogante, giova al personale di molti ospedali, poichè — com'è noto — il territorio dichiarato in istato di guerra è ora molto esteso.

Quindi, se la concessione medesima si allargasse ancora di più, ammettendo a goderne anche il personale degli ospedali per contagiosi fuori della zona di guerra, da un lato si aggraverebbe troppo il bilancio dello Stato, e dall'altro si verrebbe a distruggere quella differenza di trattamento che è, invece, giusto sussista fra il personale di ospedali contumaciali a seconda che questi siano dentro o fuori della zona di guerra. Invero, si deve tener presente che il personale in zona di guerra, oltre a dover disimpegnare, di massima un servizio molto intenso, è soggetto a vincoli di vario genere e può spesso trovarsi anche nella necessità di riscontrare spese maggiori di quelle che incontrerebbe nel territorio in istato di guerra».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica, Divisione 6ª, Sezione 1ª) ha diramato ai signori Prefetti del Regno una circolare in data 25 gennaio 1918, n. 20183-4, inserita nel *Bollettino Ufficiale del Ministero*, n. 5, nella quale, dopo aver richiamate le numerose e dettagliate istruzioni già impartite nei riguardi della più efficace e completa attuazione della lotta antimalarica, e dopo aver rilevato che l'epidemia malarica, nell'ultimo triennio, si è manifestata in buona parte del Regno sotto forma molto grave e diffusa, si aggiunge:

« Questo Ministero è sicuro che le SS. LL., i medici provinciali e gli ispettori sanitari, incaricati della vigilanza su tale servizio, consci dell'alta importanza di questa lotta e dei beneficii sanitarii, ed economici che ne derivano, abbiano già provveduto a concretare un efficace piano di azione, il quale dovrà esplicarsi col massimo vigore e senza interruzione in tutti i Comuni malarici, sicchè tutti gli aventi diritto abbiano assicurato, nel modo più largo possibile, i mezzi per prevenire l'infezione e per curarla radicalmente.

Non si disconosce che difficoltà, inerenti al momento presente ed alle condizioni economiche dei Comuni, potrebbero ostacolare il regolare funzionamento delle varie provvidenze disposte; ma il Ministero confida che il personale interessamento delle SS. LL., la solerte opera e di vigilanza e di persuasione, e la cooperazione del personale sanitario varranno ad attenuare quelle imperfezioni, lacune e resistenze, che l'esperienza delle precedenti lotte ha dimostrato dannose al conseguimento di notevoli e duraturi vantaggi.

Si interessano perciò le SS. LL. ed i medici provinciali, perchè, sin da ora, si rendano conto personalmente, nel più breve tempo possibile, della istituzione e del funzionamento dei servizi antimalarici nei varii Comuni; della larga provvista di chinino e della effettiva erogazione di esso; dell'efficacia dell'assistenza medica nelle campagne; nonchè del funzionamento regolare e continuo delle istituzioni complementari, aventi lo scopo di conseguire la bonifica degli organismi infetti (ambulatori, dispensarii, sanatorii antimalarici, ecc.), e di estendere, diffondere ed agevolare la profilassi della malaria nella stagione epidemica (distributori di chinino, servizio medico antimalarico, ecc.), specialmente tra quei gruppi di popolazione, che trovansi più esposti a contrarre la malattia.

Di pari passo con l'esplicazione del piano di lotta immediata della malaria (cura e profilassi chininica), le SS. LL. dovranno anche curare che il più attento e vigile esame venga portato all'attuazione della profilassi meccanica nei casi prescritti, e così pure sulle condizioni di paludismo, onde assodare se la persistenza della malaria negli abitati rurali, piuttosto che ad estese paludi, si debba all'esistenza di limitati ristagni o di raccolte di acqua, comunque generate, facilmente eliminabili o che si possano rendere innocui.

Su tale importante argomento questo Ministero ebbe ad intrattenersi, in particolar modo, con la circolare 20 giugno 1907, n. 20183-1, pubblicata nel *Bollettino ufficiale* dell'11 luglio 1907, n. 20, e ritiensi necessario trascrivere quanto fu allora detto al riguardo: « Richiamasi la speciale attenzione « delle Prefetture su quei lavori di *piccola bonifica*, « che, in non poche località sarebbero sufficienti ad « eliminare una delle cause principali, che vi man- « tengono e vi aggravano l'annuale epidemia mala- « rica. Si tratta, in generale, di ristagni o specchi « d'acqua poco estesi, formatisi in piccole depres- « sioni del suolo od artificialmente creati, la cui « eliminazione non costerebbe molto, e quindi sa- « rebbe facilmente possibile ad ognuno, ente o pri- « vato, mentre recherebbe beneficii igienici incom- « parabili.

« I Signori Prefetti quindi opereranno molto sa- « viamente, promuovendo il compimento di simili « lavori ».

E ad avvalorare vieppiù l'importanza che questo Ministero ha sempre dato, non solo a questi lavori di piccola bonifica, quali mezzi più efficaci, in date località ed in determinate circostanze, per eliminare l'*habitat* necessario alla vita delle zanzare anofele e per prevenire la manifestazione di epidemie malariche, ma anche ai mezzi di risanamento di determinate località, mediante la lotta contro le larve di anofele, si fa ricordo che nel « questionario a stampa » inviato alle SS. LL. con la circolare 24 maggio 1914, n. 20183-23, per la redazione della relazione sulla lotta antimalarica 1913, furono posti al n. 11, oltre varii quesiti riguardanti le grandi opere di bonifica idrualica ed agraria, anche appositi quesiti per conoscere « se erano sta- « te attuate da privati, o da Comuni opere di pic- « cola bonifica per l'eliminazione dei ristagni d'ac- « qua, e se era stata applicata la distruzione delle « larve di anofeli nei piccoli stagni (petrolizzazio- « ne, ecc.) ».

Nel corrente anno è intendimento del Ministero che anche questo mezzo di lotta antimalarica abbia, nei casi riconosciuti idonei, una esplicazione maggiore che nel passato, per cui le SS. LL. vorranno, sin da ora, invitare i medici provinciali ad esaminare in quali Comuni si riscontrano focolai anofeligeni nell'abitato o, nelle immediate vicinanze, facilmente eliminabili, ed ai quali deve riferirsi la persistenza dell'epidemia malarica, onde si possa addivenire in tempo debito, e prima dell'inizio della stagione epidemica, a quei provvedimenti indispensabili per la difesa sanitaria di quelle località dalla infezione palustre.

Tali mezzi di piccola bonifica antimalarica potrebbero essere, a seconda delle condizioni locali, la colmata delle depressioni, il facilitare lo scolo delle acque stagnanti, l'espurgo e la buona manutenzione di canali di scolo, la profilassi antilarvale delle anofeline con petrolio, o con quelle altre so-

stanze larvicide, che meglio si presteranno allo scopo o che siano di più comodo e facile uso.

In proposito si rammenta alle SS. LL., perchè ne curino da per tutto l'esatta osservanza, che l'articolo 163 del Testo Unico delle leggi sanitarie, e gli articoli 32 e 34 del Regolamento 18 febbraio 1907, n. 61, per diminuire le cause della malaria, contengono disposizioni sia per impedire che nel territorio possano determinarsi, con aperture di cave di prestito, nuovi ristagni di acque pericolose alla salute pubblica, sia per ottenere la rimozione dei ristagni esistenti.

Così predisposti nel loro complesso i servizi, e dando ad essi tutto quel maggiore impulso, che l'alta importanza della lotta antimalarica richiede, si ha ferma fiducia che ai vantaggi sanitari, fin'ora conseguiti, altri maggiori e più duraturi se ne aggiungeranno ai fini della redenzione igienica delle terre malariche.

Questo Ministero dal canto suo seguirà con il massimo interesse l'azione, che andrà svolgendosi nelle provincie, mantenendosi al corrente di tutto, pronto ad intervenire per colmare lacune e rimuovere deficienze.

Come per il passato verrà posto a disposizione delle SS. LL. apposito fondo, acciò le SS. LL. abbiano i mezzi necessari, per erogare sussidi, per intensificare la lotta antimalarica, esplicare pronta azione integratrice, e per promuovere l'attuazione di provvedimenti e di lavori, al triplice intento di rendere più completa la cura radicale dei malarici, di estendere la profilassi dei sani e di ottenere il risanamento dei piccoli focolai anofeligeni.

Ben inteso che tale intervento e tale azione integrativa deve essenzialmente mirare ad una sicura e larga organizzazione di servizi antimalarici da parte dei Comuni e di altri Enti, il cui diretto interessamento dovrà promuoversi al più alto grado avvalendosi anche della cooperazione di comitati locali e di privati.

Alle amministrazioni dei Comuni malarici dovrà farsi presente che il provvedere alla lotta antimalarica non costituisce soltanto un'osservanza di tassativi obblighi di legge, che per altro non dovrebbe recare aggravio ai bilanci comunali, ma rappresenta un problema di alto interesse economico e sociale, oltrechè sanitario, preso più imponente nelle eccezionali condizioni del momento presente.

Non si dubita che le SS. LL. ed i medici provinciali vorranno dedicare le maggiori, personali cure per lo sviluppo più ampio ed intenso della lotta antimalarica, in conformità ai criteri su esposti ».

Una ulteriore circolare telegrafica raccomanda di vigilare, sovratutto nelle località, in cui la decorsa epidemia fu grave e diffusa, a che il trattamento curativo venga tempestivamente intrapreso, ed i Comuni malarici acquistino subito sufficiente scorta di preparati di chinino e d'altri preparati coadiuvanti, ne curino una larga somministrazione e provvedano l'attuazione di misure e il funzionamento dei servizi, onde estendere e facilitare la cura dei malarici. A tale scopo si potranno concedere sussidi sui fondi a disposizione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7163) *Pensioni - Sanitarii sotto le armi.* — Dott. A. D. L. da T. — Il tempo che il medico condotto passa sotto le armi è calcolato utile agli effetti della pensione sempre quando, a mezzo dell'ente da cui dipende, dichiari di continuare a versare i contributi alla Cassa. I Comuni che anticipano alla Cassa di previdenza i contributi dei sanitarii hanno diritto di rivalersene sugli stipendii od assegni attuali o futuri che loro competono o di ottenerne il rimborso dalla Cassa sulle corrispondenti indennità o pensioni che venissero liquidate.

7164) *Aumento degli stipendii.* — Dott. G. Z. M. da S. M. d'A. — L'aumento di stipendio stabilito dal D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107, è obbligatorio anche per i Comuni e per le Provincie, altrimenti non si sarebbe fatto cenno alle fonti di reddito da cui poter prelevare la maggior somma occorrente. Dal momento che il detto aumento non graverà sul bilancio ordinario del Comune o della Provincia ma sarà compensato da maggior onere tributario, come è tassativamente prescritto, non vi sarebbe ragione plausibile per negarlo. In caso di esitanza o rifiuto da parte delle Amministrazioni comunali a provvedere, si può ricorrere alla G. P. A. per la esecuzione di ufficio.

(7165) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. S. da M. — Come titolare della prima condotta per cui riscuote lo stipendio di lire 4500 annue ha diritto alla indennità caro-viveri in ragione di lire 24 mensili. Può ottenere anche il mese di congedo compatibilmente con le condizioni sanitarie locali e con la possibilità di trovare, nell'attuale momento, un professionista che lo possa sostituire durante l'assenza.

(7167) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 1094. — Durante la permanenza in servizio militare il Comune è tenuto a pagarle la differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Si deve cumulare tutto ciò che riceve dal Comune e, quindi, anche lo assegno di ufficiale sanitario.

(7168) *Aumento di stipendio agli impiegati di pubbliche amministrazioni.* — Prof. G. Z. da C. — Le disposizioni del D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107, relative agli aumenti di stipendio non si applicano agli impiegati dipendenti dalle Ope Pie e, quindi, a quelli che sono al servizio di Congregazioni di Carità.

(7169) *Aumento di stipendio agli impiegati di pubbliche amministrazioni.* — Dott. abbonato 4011. — I Comuni debbono aumentare gli stipendi agli impiegati che da essi dipendono in applicazione del D. L. 10 febbraio 1918, n. 107. Quando i Comuni stessi avranno deliberato ed approvato l'aumento, il nuovo complessivo stipendio sarà tenuto per base per stabilire il conguaglio fra lo stipendio civile e quello militare. È naturale che anche lo stipendio del medico condotto assente dal Comune perchè chiamato sotto le armi sarà migliorato in proporzione, così come sarà egualmente accresciuto quello che ora riceve come ufficiale del R. Esercito.

(7171) *Indennità caro-viveri.* — Dott. R. O. da C. d'O. — Percependo Ella uno stipendio complessivo superiore alle lire 4500 annue, non ha diritto alla indennità caro-viveri. Il recente D. L. del 10 febbraio 1918, n. 107, relativo ad aumento degli stipendii si applica anche agli impiegati dipendenti dai Comuni e dalle Provincie.

(7172) *Aumento dello stipendio degli impiegati comunali.* — Dott. G. G. da P. — I Comuni sono obbligati ad elevare lo stipendio degli impiegati da essi dipendenti. Però il Decreto Luogotenenziale del 10 febbraio 1918, n. 107, non determina l'entità dello aumento. Dice solo che detto aumento non potrà mai superare quello stabilito per gli impiegati governativi. È, quindi, stabilito il limite massimo ma non il minimo. Applicando le norme date per gli impiegati governativi Ella dovrebbe avere 825 lire in più e cioè lire 600 sulle prime duemila e lire 225 sulle rimanenti lire 1500, in ragione del 15 % su queste e del 30 % su quelle.

(7173) *Assenze di breve durata dal Comune.* — Dott. G. D'A. da M. di S. — Anche noi riteniamo che per le assenze di breve durata dopo espletato il proprio servizio, non occorra permesso del Sindaco, sempre che si lasci il proprio *recapito* per qualche caso urgente che può presentarsi e per cui non sia sufficiente l'opera del collega, cui Ella dà incarico di surrogarla durante il tempo che resta fuori della residenza.

(7175) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. S. da C. di C. — Anche lo stipendio che riceve pel servizio di un'altra condotta nello stesso Comune, si deve cumulare per stabilire il diritto alla indennità caro-viveri. E poichè Ella complessivamente riscuote l'annua retribuzione di lire 5800 non ha diritto di averla.

Se cessasse il servizio provvisorio dell'altra condotta, che del resto già esegue dallo inizio della guerra, potrebbe giustamente chiedere ed ottenere l'indennità caro-viveri sullo stipendio di lire 4000.

(7176) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. G. da U. — In attesa della nomina ad ufficiale ha diritto di percepire dal Comune l'intero stipendio di medico condotto. Allorchè sarà ufficiale e lascerà il servizio civile avrà diritto per due mesi allo intero stipendio e poscia alla differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Non avrà diritto alla indennità caro-viveri ma potrà percepire invece quella stabilita dal recentissimo D. L. del 14 febbraio 1918, n. 196.

Doctor Justitia.

Servizio medico militare. — All'abb. 5207:

Non esiste alcuna circolare che disciplini l'assegnazione dei medici ai varii servizii, secondo la diversa loro classe di leva. Non esiste neppure una vera e propria circolare che sancisca l'avvicendamento della zona di guerra a quella territoriale, ma trattasi in tale caso di una semplice disposizione di massima data dal Ministero, da eseguirsi compatibilmente alle contingenze di servizio.

Al dott. A. M. da P.:

La classe del 1879 è una classe ancor valida e quindi è molto probabile che Ella sia chiamata a prestar servizio. L'epoca della chiamata non è precisabile, ma non tarderà molto.

La Commissione di Firenze determinerà dopo averlo visitato a qual servizio Ella possa venir assegnato, ma anche se fatto solo abile a servizii territoriali può venir inviato in zona di guerra.

Nulla si può dire circa il periodo che potrà durare la sua mobilitazione, dipendendo ciò da cause e circostanze imprevedibili.

Al dott. A. B. da N.:

Il diritto all'avvicendamento pei medici che hanno compiuto i 40 anni e sono da oltre 12 mesi in zona di guerra è stato sancito con *norme interne* e non vi è alcuna circolare in proposito.

È certo però che tale avvicendamento non può avvenire per la classe del '78 se prima non sono stati avvicendati tutti i medici della classe del '77.

Alla sig.ª M. F. da C.:

I medici prigionieri vengono rimpatriati a scaglioni e non individualmente.

Circa le pratiche da tentarsi Ella può rivolgersi alla Commissione pei Prigionieri della Croce Rossa, Piazza Montecitorio, Roma.

All'abb. n. 9323:

Come già molte volte si è ripetuto, non vi è nessuna disposizione che stabilisca quale debba essere il periodo che un ufficiale passa in prima linea e quello in cui presta servizio in seconda linea.

Tali periodi sono stabiliti per ciascun ufficiale dal rispettivo Direttore di sanità.

Colla domanda da Lei fatta di ottenere la promozione *in base* ai cinque anni di laurea, Ella chiedeva implicitamente il passaggio al ruolo di complemento, perchè tale modalità di promozione esiste solo per gli ufficiali di complemento e non per quelli di territoriale.

Potrebbe ora provare a reclamare al Ministero esponendo la sua situazione e chiedendo di essere rimesso nel ruolo territoriale, ma l'esito del reclamo non è sicuro, dato il tempo passato.

Il computo dei 5 anni viene fatto in base alla data in cui perviene la domanda al Ministero, onde il ritardo della sua nomina.

Al dott. U. R. da G.:

Avendo solo 12 anni di laurea, Ella sarà rivestito del grado di tenente, anche se abile solo condizionatamente.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati Grandi Ufficiali nell'Ordine della Corona d'Italia il prof. comm. Mazzoni Alessandro, docente di clinica chirurgica nella R. Università di Roma e il dott. comm. Gatti Francesco, da Milano.

Il dott. Milziade Magnini, capitano medico nella R. Marina, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia e cavaliere della Legion d'onore di Francia.

CONDOTTE E CONCORSI.

Giovane medico militesente cerca buon interinato, preferibilmente Italia centrale. Rivolgersi Dottor F. d'Ambrosio, Giove (Umbria).

NOTIZIE DIVERSE

Un nuovo Ospedale a Bari.

Il Consiglio comunale di Bari va occupandosi alacremente del progetto di un grande ospedale, da costruirsi in breve tempo col sistema a padiglioni, così da potere pel momento rispondere ai bisogni sempre crescenti degli infermi poveri della città, ed in seguito servire anche da Policlinico per la auspicata Università barese.

Il punto di partenza della grandiosa opera è costituito dall'eredità del compianto filantropo Nicola Sagarriga-Visconti, che destinava ogni suo avere ad un'opera di beneficenza da intitolarsi al nome del Senatore Giuseppe Sagarriga-Visconti, fratello del testatore.

Il primo padiglione sorgerà quindi con questi proventi; per gli altri il Comune di Bari contrarrà un mutuo per la somma occorrente.

Il suolo prescelto, di proprietà comunale, tra le vie Modugno e Abate Gimma, è di oltre tremila metri quadrati, attualmente adibiti a vivaio municipale.

Il Sanatorio del Comitato di Milano della Croce Rossa per militari tubercolosi.

La presidenza del Comitato regionale di Milano della Croce Rossa, per provvedere alla cura dei militari tubercolosi ritornatici dai campi di concentramento austriaci, ha proceduto all'acquisto del saluberrimo altipiano di Cuasso al Monte, ove sorgerà al più presto possibile un nuovo Sanatorio, distribuito in parecchi padiglioni.

Efficace concorso alle ingentissime spese, preventivate in circa due milioni, verrà dato dalla Società Lombarda per le corse di cavalli, la quale, invece di tener chiuso il proprio ippodromo nell'attuale momento o limitarsi a semplici riunioni private per mantenere in qualche modo attivo l'allevamento ippico italiano, ha accettato la proposta di indire le corse sotto l'egida della Croce Rossa, versando a favore dell'erigendo Sanatorio l'*intero introito* di S. Siro per il 1918, e garantendo un minimo di lire 200 mila.

Dal suo canto la Croce Rossa cederà all'istituenda Casa di Lavoro per i Ciechi di guerra cospicua parte degli incassi stessi.

Rimpatrio di prigionieri.

Il 21 febbraio, su un treno della Croce Rossa Svizzera, sono rimpatriati 37 ufficiali e 303 soldati già prigionieri dell'Austria, tutti ammalati o feriti invalidi. Sono stati rinviati in Austria circa altrettanti prigionieri austriaci. È questo il 12° scambio di prigionieri, fatto a norma delle antiche convenzioni, mentre i tre scaglioni di nostri prigionieri rientrati in Italia il 26 gennaio, il 7 e il 17 febbraio, sono stati restituiti senza reciprocità, non essendo purtroppo in alcun modo paragonabili le condizioni sanitarie dei prigionieri italiani in Austria con quelle assai migliori dei prigionieri austriaci in Italia.

La produzione dell'ittiolo in Italia.

Dagli scisti bituminosi di cui si trovano importanti giacimenti presso Giffoni Vallepiana, in provincia di Salerno, è stato ricavato un ittiolo che per proprietà chimiche, fisiche e terapeutiche è perfettamente identico a quello che si produce in Austria.

La produzione di questo farmaco, che già si esporta in notevoli quantità in tutti i paesi dell'Intesa, ha efficacemente riparato una deficienza, derivante dallo stato di guerra.

Vittime del dovere.

Il dott. Luigi di Murro, capitano medico, da Salerno, mentre operava un soldato affetto da gangrena gassosa, nella febbrile ansia di sottrarlo alla morte, si ferì lievemente; nel giro di pochi giorni cadeva egli stesso vittima del male.

Tra i più premurosi colleghi accorsi al suo capezzale era il capitano medico dottor Gaetano Sica, anch'egli da Salerno, reduce dal fronte, dove era stato 27 mesi.

Alla distanza di poche settimane, nell'operare un soldato, questi si ferì a sua volta a un dito, e contrasse la stessa terribile malattia, che lo ha tratto rapidamente alla tomba.

Profondo è il compianto per questi due campioni dell'abnegazione, dello spirito di sacrificio e della dedizione al dovere di cui dà prove costanti la famiglia medica.

Il dott. Sica era prossimo alle nozze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 17 marzo 1918 Fasc. 11.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSP. DA CAMPO 234 - REP. OTO-RINO-LARINGOIATRICO
ZONA DI GUERRA.

Su tre soggetti adenoidei con feminilismo ipofisario.

Maggiore prof. SALVATORE CITELLI, direttore.
Capitano dott. PIETRO CALICETI, assistente.

Uno di noi (Citelli) ha richiamato ripetute volte l'attenzione su una sindrome psichica che possono presentare gli adenoidei, sopratutto nella adolescenza e nella giovinezza. Tale sindrome, che può essere completa o frusta, consiste: 1° in una diminuzione più o meno marcata della memoria; 2° in sonnolenza o qualche volta insonnia; 3° in deficienza intellettuale; 4° in svogliatezza con difficoltà a fissare l'attenzione. La stessa sindrome, come ha rilevato Citelli, può riscontrarsi pure in varie malattie del faringe nasale (specie tumori) e dei seni sfenoidali (sinusiti, tumori ecc.), ed è probabilmente di natura ipofisaria. Noi non ripeteremo tutte le ragioni esposte da Citelli per sostenere la natura ipofisaria di questa sindrome, nè ci occuperemo delle relative ed opposte dottrine di Citelli e di Poppi (1). Solo riferi-

(1) Vedi al riguardo:
CITELLI. *Sui rapporti fisio-patologici tra sistema ipofisario e varie lesioni di lunga durata del faringe nasale e dei seni sfenoidali. Su una speciale sindrome psichica e la sua*

remo su 3 clinici di adenoidei che ci sembrano interessanti e che confermano la natura ipofisaria della sindrome di cui sopra, perchè, oltre a questa, i nostri pazienti presentavano sintomi evidenti di feminilismo ipofisario.

Ed ecco in breve le storie cliniche:

CASO I. — Soldato V... V... di Aragona (Sicilia). Anni 25.

Nulla d'interessante nell'anamnesi familiare, tranne che un fratello di 12 anni respira, come lui, a bocca aperta e pare soffra dei suoi stessi disturbi psichici. Non ha avuto nè ha alcuna malattia degna di nota, tranne una suppurazione timpanica a destra; ma ricorda d'aver sofferto, fin da ragazzo, di difficoltata respirazione nasale, e di essere andato spesso soggetto a mal di capo e a periodi di spossatezza e debolezza generale. Dice che, mandato a scuola, dopo aver ripetuto varie volte le prime classi elementari, dovette smettere lo studio, perchè poco comprendeva, poco ricordava e si stancava presto di studiare o di stare attento: non sa infatti nè leggere nè scrivere.

Fin dall'età di 14 anni ha lavorato nelle miniere di zolfo, restando spesso esposto al sole. Ricorda che nel lavoro è stato sempre distratto, svogliato e si stancava con facilità. Per la sua smemoratezza spesso gli capitava di eseguire una cosa diversa di quella richiestagli, ed era costretto a farsi ripetere l'ordine anche poco tempo dopo averlo ricevuto. Non è stato mai amante dei divertimenti e della compagnia, ma ha preferito restar solo o in casa. Riferisce inoltre di avere fin da ragazzo dormito poco, e di essere spesso agitato durante la notte. A 20 anni, chiamato sotto le armi, fece il suo servizio regolare e poi venne richiamato in servizio per l'attuale guerra. La suppurazione timpanica destra, che l'infermo aveva altre volte sofferta, da poco è recidivata.

È sempre stata una sua grande preoccupazione, sotto le armi, quella di comprendere e ricordare le cose che gli si ordinavano. Quando riceveva un ordine, per la paura di dimenticarlo, o lo ripeteva continuamente fino a che non lo aveva eseguito, oppure incaricava un suo compagno di rammentarglielo spesso. Poco ha avvertito finora lo stimolo sessuale, rarissime volte è stato con donne (non più di 4 volte), e dice di non provarne affatto il bisogno.

Stato presente. — Intellettualmente (come ha constatato anche un psichiatra) l'infermo è un vero deficiente. All'esame somatico presenta di notevole una marcata ipotricosi: pochi, rari e piuttosto delicati peli sul viso (tanto che raramente si rade), del tutto glabri il tronco e gli arti, tranne che alle ascelle (dove esistono scarsi e sottili peli), al pube e al perineo. Al perineo e attorno all'ano i peli sono assai rari e i peli del pube hanno una disposizione femminile: i capelli infine, non molto abbondanti, sono sottili. La pelle poi (quantunque il paziente fin da ragazzo avesse fatto un lavoro assai faticoso e in buona parte esposto al sole) è delicata, trasparente, sottile, femminea e bianca; a eccezione di quella del viso che presenta eritema solare. Esiste inoltre un accenno di ginecomastia, con bacino molto slargato e basso e con anche ben grasse e sporgenti. Gli organi genitali sono bene sviluppati: trattasi di un individuo robusto e proporzionato, con altezza di poco superiore alla media (metri 1.72).

D'altro canto l'infermo presenta tipicamente le note dell'adenoideo (facies adaenoidea, vôlta palatina molto alta, denti impiantati gli uni sugli altri, ecc.); però le vegetazioni adenoidi sono quasi del tutto riassorbite: c'è invece ancora una discreta ipertrofia della tonsilla linguale. Non si palpano glandole linfatiche al collo, nè all'epitroclea e alle ascelle: poche e piccole solamente all'inguine. La tiroide sembra normale, nè esistono sintomi a carico di altre glandole a secrezione interna.

Dopo aver segnato per una settimana di seguito la temperatura dell'infermo e anche il polso, ricavando le cifre indicate nello specchietto *A*, la mattina del 30 gennaio 1917 gli iniettiamo sottocute 1 cmc. di *endoipofisina* (estratto acquoso di tutta la glandola ipofisaria, dell'Istituto sieroterapico milanese), e si prende per un'altra settimana la temperatura e i polsi (v. specchietto *B*). Come si rileva dai due specchietti *A* e *B* messi a confronto, l'endoipofisina provocò per alcuni giorni un aumento della temperatura abituale e della frequenza del polso. Oltre a ciò l'infermo avvertì i seguenti disturbi. La notte (30-31 gennaio) ebbe sensazione di febbre, sudore e agitazione anormale. Il 31-1 durante quasi tutta la giornata rimase volontariamente a letto, accusando malessere generale, mal di capo, inappetenza. La notte consecutiva (31 gennaio-1° febbraio) continua il dolor di capo e l'irrequietezza anormale, e il 1° febbraio ha sempre cefalea, senso di spossatezza e di oppressione al petto, e di tanto in tanto palpitazione di cuore (alla solita ora in cui si pigliava il polso v'erano 108 battiti al minuto con polso piccolo). La notte e il giorno successivo cominciano a migliorare i disturbi, quantunque persista un certo aumento dei battiti cardiaci. Il 3 febbraio persistono, quantunque sempre piuttosto attenuati, i disturbi con la tachicardia. Dal 4 febbraio in poi il paziente ritorna rapidamente nelle condizioni di prima. In un individuo normale, invece, osservato per controllo con la stessa attenzione, l'iniezione di endoipofisina non provocò quasi nessuna reazione.

cura. Annales des maladies de l'oreille, etc., 1912. — *Sulla relativa frequenza del canale cranio-faringeo nell'infanzia e nei giovani,* etc. Annales des maladies de l'oreille, etc. 1913. — *Sull'efficacia terapeutica dell'estratto d'ipofisi nella sindrome psichica da me descritta.* Bollettino delle malattie d'orecchio, naso e gola, 1914.

CITELLI e BASILE. *Conferma sperimentale dei rapporti fisio-patologici tra faringe nasale e ipofisi.* Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria e Elettroterapia, vol. VIII, 1915.

POPPI. *L'ipofisi cerebrale, faringea e la glandola pineale in patologia. Di una probabile eziologia primitiva comune a varie forme morbose.* Bologna, Tip. P. Neri, 1911.

Specchietto *A*: temperature e polsi prima dell'iniezione di endoipofisina:

il giorno 23 gennaio 1917	35.6 (la mattina)	36.8 (la sera, ore 16-17)	- polso (ore 16)	80 battiti
„ 24 „ „	36 „	36.5 „	- „ „	82 „
„ 25 „ „	36.1 „	37 „	- „ „	84 „
„ 26 „ „	36 „	36.8 „	- „ „	84 „
„ 27 „ „	35.9 „	37 „	- „ „	82 „
„ 28 „ „	35.9 „	36.6 „	- „ „	82 »
„ 29 „ „	35.7 „	36.6 „	- „ „	75 „

Specchietto *B*: temperature e polsi immediatamente dopo l'iniezione di endoipofisina

il giorno 30 gennaio 1917		37.2 (la sera)	- polso (ore 16)	96 battiti
„ 31 „ „	36.4 (la mattina)	37 „	- „ „	98 „
„ 1 febbraio „	36 „	36.9 „	- „ „	108 „
„ 2 „ „	36.4 „	37 „	- „ „	96 „
„ 3 „ „	36.4 „	37.2 „	- „ „	104 „
„ 4 „ „	36.2 „	36.6 „	- „ „	86 „
„ 5 „ „	36 „	36.8 „	- „ „	88 „

In questo caso, adunque, si tratta di un ex-adenoideo tipico, che presenta la sindrome psichica descritta da Citelli (invece della sonnolenza v'ha, come può succedere, insonnia), la quale avrà molto influito nel rendere l'individuo un deficiente. Ma oltre a ciò esiste un marcato feminilismo ipofisario (contrassegnato dalla delicatezza della cute ben rara in un zolfataio, dalla accentuata ipotricosi, dalla disposizione femminile dei peli del pube e del bacino, dalla frigidità sessuale ecc.), e si è avuta evidente la reazione alla endoipofisina, reazione non solo ipertermica (Cushing) ma anche generale; la quale, *quando esiste*, ha un valore non lieve per indicare uno stato di dispituitarismo. D'altro canto non si può pensare affatto a un feminilismo genitale, perchè gli organi genitali erano bene sviluppati e ben proporzionati gli arti e anche il tronco.

Coll'esame radioscopico, inoltre, non si riscontrò segno alcuno del timo, e la radiografia non dimostrò alterazione di sorta della sella turcica nè presenza del canale cranio-faringeo. La pressione arteriosa, misurata collo sfigmomanometro di Riva-Rocci era in media di 137 mm.

Caso II. — Soldato S... I..., di anni 22, da Serra di Falco (Palermo). Ha due fratelli più grandi, di cui uno, a dire di lui, presenta press'a poco gli stessi suoi disturbi psichici e sta, come lui, costantemente a bocca aperta. Il padre e la madre sono viventi e sani. Non sa leggere nè scrivere, per quanto avesse frequentato per vari anni le prime classi elementari. Asserisce che subito dimenticava ciò che gli insegnavano, e che non era capace di stare attento al maestro. Abbandonate le scuole rimase a casa sua, ove un po' aiutava suo padre, fabbro-ferraio, un po' suo fratello maggiore che aveva uno spaccio di sale e tabacchi. Lavorava però poco, e solo di tanto in tanto durante la giornata, perchè facilmente si stancava e gli sopravveniva cefalea. Sia il padre che suo fratello lo stimolavano poco al lavoro, perchè per la sua smemoratezza e distrazione riusciva sempre di scarsa utilità. Spesso gli accadeva di dimenticarsi ciò che doveva fare, oppure di eseguire una cosa per un'altra, o di sbagliare i conti nel vendere la merce, se rimaneva solo nella bottega del fratello. Non ha mai frequentato tanto gli amici, nè cercato i divertimenti dei giovani: se n'è sempre stato solo volentieri, anche quando non aveva nulla da fare. Riferisce inoltre che, quantunque gli sia sempre piaciuto di rimanere molte ore a letto, ha sempre dormito poco e spesso è agitato durante la notte. Finora non ha mai avvicinato donne, e dice di non sentirne nè il bisogno nè il desiderio. È stato al fronte fin dai primi mesi del 1915, e di questo lungo periodo di guerra (quasi 2 anni) poche cose e vagamente ricorda: nulla ritiene impresso in modo vivo nella mente, quantunque fosse stato in prima linea e avesse partecipato a parecchi assalti. Per suppurazione timpanica semplice a destra, di cui ebbe a soffrire altra volta, l'11 gennaio del corrente anno, venne inviato al nostro reparto.

Stato presente. — Sta sempre colla bocca abbastanza aperta, e presenta tipica la *facies adaenoidea* con volta palatina molto alta: esistono ancora discrete vegetazioni adenoidi, ha aspetto apatico e torpore intellettuale più del caso precedente. Intellettualmente, a giudizio anche di un psichiatra, è un deficiente. Oltre a ciò, quantunque abbia capelli ricci e abbondanti e cute un po' pigmentata (come spesso si trova in Sicilia), presenta, come il primo infermo, marcata ipotricosi, sia alla faccia che nel tronco e agli arti. Molto raramente, difatti, si rade i pochi peli della barba; mentre il tronco e gli arti sono quasi del tutto glabri, a eccezione di pochi peli alle ascelle, e dei peli del pube e del perineo; i quali però hanno disposizione femminile. La cute è delicata; il bacino, per quanto meno che nell'altro caso, è piuttosto basso e slargato. Gli organi genitali sono regolarmente sviluppati, gli arti proporzionati tra loro, il sistema linfatico e la tiroide normali. Nulla degno di nota a carico delle altre glandole endocrini: altezza regolare (m. 1,63),

come anche lo sviluppo scheletrico. La pressione arteriosa, misurata collo sfigmomanometro di Riva-Rocci, era in media di 157 mm.

Anche qui, dopo aver segnato per una settimana la temperatura e il polso (V. specchietto *C*), si iniettò sottocute 1 cmc. di endoipofisina (alle ore 10 del 30 gennaio), iniezione la quale provocò un certo rialzo della temperatura e un po' d'aumento delle pulsazioni cardiache (V. specchietto *D*); quantunque meno che nel caso precedente. Venne notato inoltre quanto segue: la sera dello stesso giorno dell'iniezione (30 genn.) il paziente si sentì leggermente indisposto, e la notte avvertì senso di calore, sudore e agitazione insolita. Il giorno del 31 si sentì spossato, con malessere generale e mal di capo, che si accentuò nella notte, unendosi a capogiri. Gli stessi disturbi continuarono il giorno e la notte appresso, si attenuarono il giorno 2, scomparvero quasi del tutto il 3 e del tutto poscia.

La radioscopia, infine, non fece trovare tracce del timo; e la radiografia, riuscitissima come le altre, non mostrò alterazione alcuna della sella turcica, nè presenza di canale cranio-faringeo.

tuttora. Frequentò da ragazzo le prime scuole, ma non riuscendo a superare la terza classe elementare, dopo averla ripetuta varie volte, tralasciò di studiare e fu messo come fattorino in un negozio (merceria).

Riferisce che in iscuola era quasi sempre distratto e dimenticava subito le cose che gli insegnavano. Spesso, inoltre, gli capitava di addormentarsi mentre il maestro insegnava. Questa tendenza al sonno, anche durante il giorno, l'ha avuta fin da ragazzo. Sua madre doveva al mattino chiamarlo con insistenza per riuscire a svegliarlo, e la sera con grande facilità si addormentava appena cenato. Narra che varie volte gli è capitato da giovane, trovandosi in chiesa o a una conferenza, di addormentarsi involontariamente. Pure adesso insiste sul fatto che dorme molto, e che s'addormenta con molta facilità anche durante il giorno. Durante il servizio militare nè i disagi, nè i pericoli di prima linea valevano a fargli vincere il sonno: spesse volte, quindi, involontariamente si addormentava, pure durante il servizio; tanto che dovevano essere gli stessi suoi soldati dipendenti a chiamarlo e a svegliarlo.

Specchietto *C*: temperature e polsi prima dell'iniezione di endoipofisina (Caso II)

il giorno							
23	gennaio 1917	36	(di mattina)	37	(di sera, ore 16-17)	- polso (ore 16)	76 battiti.
„ 24	„	„ 35.6	„	36.6	„	„ - „ „	68 „
„ 25	„	„ 35.5	„	36.9	„	„ - „ „	68 „
„ 26	„	„ 36.3	„	37	„	„ - „ „	80 „
„ 27	„	„ 36	„	36 6	„	„ - „ „	78 „
„ 28	„	„ 35.6	„	37	„	„ - „ „	74 „
„ 29	„	„ 36.2	„	36.9	„	„ - „ „	80 „

Specchietto *D*: temperature e polsi immediatamente dopo l'iniezione di endoipofisina

il giorno						
30	gennaio 1917			37	(di sera) - polso (ore 16)	86 battiti
„ 31	„	„ 35.7	(di mattina)	37 2	„ - „ „	90 „
„ 1	febbraio	„ 36	„	37.2	„ - „ „	84 „
„ 2	„	„ 36.5	„	37.2	„ - „ „	94 „
„ 3	„	„ 36.2	„	37	„ - „ „	102 „
„ 4	„	„ 36	„	36.8	„ - „ „	88 „
„ 5	„	„ 36.2	„	37	„ - „ „	76 „

Anche questo secondo infermo, quindi, oltre la sindrome psichica sopra accennata (invece della ipersonnia, v'era insonnia), presentava note evidenti di feminilismo ipofisario; e vi è stata inoltre, per quanto un po' meno che nel primo paziente, reazione termica e generale alla iniezione di estratto ipofisario *in toto*.

Caso III. — Caporal maggiore S... G..., di anni 21, da Vicenza; promosso prima caporale e poi caporal maggiore per la sua buona condotta e per il valore dimostrato in combattimento.

Il padre è morto a 49 anni di tubercolosi pulmonale, la madre è viva e sana. Dice che ha due fratelli, uno dei quali è intelligente e sta benissimo, l'altro invece sta a bocca aperta e presenterebbe gli stessi disturbi psichici dell'infermo. Questi fa risalire all'infanzia i suoi disturbi di respirazione nasale, con senso di spossatezza e di peso alla testa, di cui soffre

Nella bottega da merciaio era stato adibito dapprima a portare involti a destinazione e a trasmettere ordini; ma il proprietario, per le continue dimenticanze e distrazioni in cui incorreva l'infermo, aveva finito per non fargli fare più che lavori grossolani. Comandato, per esempio, di recarsi in un posto, spesso gli succedeva lungo il cammino di dimenticare la destinazione, per cui era costretto a ritornare per farsi ripetere l'ordine. Poche volte era lasciato al banco di vendita, perchè sovente incorreva in errori che procuravano noie al proprietario. Nel novembre scorso, poco prima di entrare nel nostro reparto, diede prova di una smemoratezza singolare: mandato una sera, dalla prima linea ove trovavasi, al Comando del reggimento per far preparare per sè stesso e per nove suoi compagni il foglio di licenza invernale, avendo trovato per istrada un suo amico, gli fece compagnia e, dimentico di tutto, essendo già sera inoltrata, se ne andò a dormire con lui in un ricovero vicino.

Avverte infine poco o nulla gli stimoli ses-

suali, anche quando rimane in astinenza per un tempo molto lungo: avrà avuto, infatti, rapporti sessuali non più di 8-10 volte in tutta la sua vita.

Stato presente. — *Facies adaenoide* tipica: è stato sempre a bocca aperta, ha vòlta palatina alta, con discrete vegetazioni ancora in atto. È un buon giovane ma apatico, e intellettualmente è un deficiente. Come sviluppo generale è un longilineo (altezza metro 1,82). Presenta una marcatissima ipotricosi: non si è mai raso, e alla faccia si riscontra solo qualche pelo sottile al mento, sulle regioni masseterine e al posto dei baffi. Il tronco e gli arti sono glabri, tranne che alle ascelle dove si riscontrano scarsi e sottili peli, e poi al pube e al perineo in cui i peli presentano una disposizione nettamente femminea. I capelli sono delicati, sottili, veramente sericei e, tanto più che il paziente si fa la riga nel mezzo e li tiene un po' lunghi, somigliano moltissimo a quelli delle donne. La cute del corpo è bianca, trasparente, assai delicata: il bacino, quantunque si tratti di un individuo longilineo, è piuttosto slargato e basso. Gli organi genitali sono regolarmente sviluppati, normale la tiroide, nulla di evidente a carico delle altre ghiandole endrocrine e del sistema linfatico. Colla radioscopia non si osservarono tracce di timo, e colla radiografia non si notò canale cranio-faringeo, nè alterazioni della sella turcica.

Anche in questo infermo, dopo aver segnato (V. specchietto *E*) la temperatura e i polsi per una settimana, il 30 gennaio abbiamo iniettato sottocute un cmc. di endoipofisina, la quale provocò disturbi generali ed elevazione termica (che raggiunse i 37,9) più marcati. La notte del 30-31 gennaio il paziente avvertì forte senso di calore e sudò abbondantemente; e fino a tutto il 1° febbraio ebbe mal di capo, forte malessere, spossatezza e, la notte, agitazione. Il 2 febbraio, però, stette molto meglio, e il 3 egli ritornò quasi nelle condizioni di prima.

Riassumendo, quindi, i suddetti tre casi presentavano più o meno tipica la sindrome psichica descritta da Citelli (l. c.) e da costui trovata negli adenoidei, se non di frequente tutt'altro che molto di rado come crede Agazzi. Ma, data appunto la poca rarità di questa sindrome, l'importanza delle nostre osservazioni cliniche non consiste nella presenza di essa, ma anzitutto nella dimostrazione della influenza che esercita tale sindrome sullo sviluppo mentale dei relativi infermi. I nostri pazienti, difatti, son divenuti, e ormai rimarranno, intellettualmente deficienti, perchè non vennero curati in tempo coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi e, eventualmente anche, colla consecutiva cura opoterapica ipofisaria; altrimenti sarebbero probabilmente divenuti degli individui normali. Dato ciò, si comprende meglio l'importanza sociale che possono acquistare le vegetazioni adenoidi nei bambini.

D'altro canto, poi, Citelli, con ricerche concordanti di istologia normale, patologica, opoterapiche, cliniche e sperimentali (l. c.), aveva suffragato fino a dimostrarla (s'intende in modo relativo e non rigorosamente matematico, come pretenderebbe Agazzi) la natura ipofisaria di tale sindrome. Ora, la coesistenza negli stessi soggetti di un marcato feminilismo ipofisario con frigidità sessuale, e la elevazione di temperatura e il sorgere di disturbi generali coll'iniezione di estratto ipofisario, oltre a non essere stati rilevati finora da altri negli adenoidei, rappresenta una nuova conferma della natura ipofisaria della sindrome psichica di

Specchietto *E*: temperature e polsi prima dell'iniezione di endoipofisina

il giorno							
il giorno	23 gennaio 1917	36.5 (di mattina)	36,1 (di sera ore 16-17)	-	polso (ore 16)	72	battiti
„	24 „ „	36 „	36.5 „ „	-	„ „	70	
„	25 „ „	35.9 „	36.4 „ „	-	„ „	70	
„	26 „ „	36 „	35.6 „ „	-	„ „	68	
„	27 „ „	35.9 „	36 „ „	-	„ „	76	
„	28 „ „	35.9 „	36.6 „ „	-	„ „	74	
„	29 „ „	34.4 „	35.5 „ „	-	„ „	78	

Specchietto *F*: temperature e polsi immediatamente dopo l'iniezione di endoipofisina

il giorno							
il giorno	30 gennaio 1917		36.8 (di sera, ore 16-17)	-	polso (ore 16)	86	battiti
„	31 „ „	36.4 (di mattina)	37.9 „ „	-	„ „	92	
„	1 febbraio „	36 „	36.9 „ „	-	„ „	85	
„	2 „ „	36 „	36 9 „ „	-	„ „	88	
„	3 „ „	36.8 „	37.4 „ „	-	„ „	92	
„	4 „ „	35.7 „	36.7 „ „	-	„ „	80	
„	5 „ „	35.5 „	37.2 „ „	-	„ „	82	

In quest'ultimo caso adunque, in cui era più tipica ed accentuata la sindrome psichica, ed evidenti, un po' più che negli altri due, i sintomi di feminilismo ipofisario, la reazione alla endoipofisina (sia termica che generale) fu più marcata.

cui sopra. Difatti, il feminilismo dei nostri soggetti deve essere di natura ipofisaria e non legato a eunucoidismo, sia perchè gli organi genitali erano regolarmente sviluppati e non ipoplasici, sia perchè mancava il carattere dia-

gnostico principale dell'eunucoidismo, cioè le proporzioni eunucoidi dello scheletro (caratteristica sproporzione tra gli arti e il tronco, con arti inferiori notevolmente lunghi). La termoreazione, poi, all'estratto ipofisario del lobo anteriore (Cushing) e posteriore (Falta, Massalongo e Piazza) e, aggiungiamo noi, anche i disturbi generali sopra indicati (reazione che manca del tutto o quasi negli individui normali), quando c'è, appoggia anche l'idea che ci troviamo in presenza di un'alterazione ipofisaria.

Noi teniamo a stabilire la natura ipofisaria dei suddetti sintomi psichici e fisici, ma non vogliamo entrare nella assai difficile e ancora molto vaga quistione della essenza di questa alterazione ipofisaria. Accenneremo solo al riguardo, che il feminilismo ipofisario è dai più riguardato come un fenomeno di ipopituitarismo, e che la termoreazione positiva indicherebbe anche (secondo Cushing, Falta, Massalongo e Piazza, Pende, ecc.) una insufficienza ipofisaria. Noi però, come altrove ha accennato Citelli (l. c.), dubitiamo molto che in tali fatti vi sia solo e costantemente una diminuzione o un aumento di funzione ipofisaria, ma pensiamo sopratutto a un'alterazione qualitativa che può variare anche nei diversi casi con patogenesi identica (da ciò la possibilità che invece di sonnolenza vi sia insonnia): ecco perchè Citelli, senza entrare nell'analisi di fenomeni ancora molto oscuri, parlò di dispituitarismo (l. c. 3).

L'esame radiografico negativo per un'alterazione neoplastica dell'ipofisi, toglie ogni lontano dubbio che nei nostri casi si fosse potuto trattare di un tumore dell'ipofisi, e conferma quanto ha ammesso Citelli, che i disturbi di cui sopra debbono essere in rapporto con una alterazione funzionale e poi anatomica minuta di questa glandola; alterazione la quale potrebbe, s'intende, servire di stimolo (in individui predisposti) all'insorgere di tumori. L'assenza, poi, del canale cranio-faringeo ci conferma, che per vie circolatorie indirette (attraverso il basisfenoide) si può avere un'alterazione del sistema ipofisario consecutiva alle vegetazioni adenoidi; poichè, non essendovi altre alterazioni e dato quanto ha rilevato Citelli (l. c.), si deve ammettere che le vegetazioni adenoidi siano state la causa essenziale (su individui predisposti) dell'insorgere della sindrome psichica e del feminilismo. L'assenza di linfatismo generale e di ipertrofia evidente del timo, ci dice come queste alterazioni, quando vi sono, debbano influire ben poco sui disturbi psichici e somatici da noi descritti.

Aggiungiamo, infine, che Citelli (senza che ne abbia pubblicamente richiamata l'attenzione) in parecchi dei numerosi adenoidei, da lui osservati, che presentavano la sindrome psichica di cui sopra, aveva notato ipotricosi e delicatezza notevole della cute. Oltre a ciò uno studente di medicina prossimo a laurearsi il quale, pur senza presentare la sindrome psichica nè vero feminilismo, è un ex-adenoideo, ci racconta con perfetta sicurezza ch'egli un anno addietro, in seguito a un fortissimo raffreddore rino-faringeo e nasale, ebbe ad avvertire turgore con un certo dolore alla mammella sinistra, dopo di che gli comparve ginecomastia solo a sinistra, ginecomastia che, per quanto (a dire dell'infermo) si sia andata a poco a poco attenuando, è ancora evidente.

In quanto alla cura della sindrome psichica (come ha constatato Citelli) i migliori risultati si hanno coll'asportazione delle vegetazioni adenoidi alla quale si associerà spesso il trattamento opoterapico con compresse di estratto *in toto* dell'ipofisi. S'intende che la cosa migliore sarebbe farne la profilassi, trattando opportunamente a tempo le vegetazioni adenoidi, non appena minacciano o, per fatti ereditarii, si ha ragione di temere l'insorgere di tali disturbi. Altrimenti, quando le alterazioni ipofisarie avranno raggiunto un certo grado, come avviene in tante altre malattie, esse non regrediranno del tutto o affatto colla cura causale; oltre a ciò, intervenendo tardi, difficilmente le facoltà intellettuali, danneggiate nel periodo più importante del loro sviluppo, si rimetteranno completamente.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DA CAMPO 245 - ZONA DI GUERRA.

Il trattamento delle ferite di guerra col Siero antipiogeno polivalente

per il dott. RENATO MOSTI,
Capitano medico di complemento,
capo-reparto di chirurgia.

In un recente lavoro sul trattamento delle ferite di guerra infette, pubblicato nel n. 19 della *Riforma Medica*, io esprimevo il convincimento che il metodo da preferirsi attualmente nella cura delle infezioni delle ferite di guerra è quello antisettico. Ed a questo convincimento ero giunto principalmente in base ai risultati veramente lusinghieri che l'antisepsi mi ha permesso di ottenere in un grandissimo numero di ferite settiche da me curate fin dall'inizio della guerra.

E dopo aver passato attraverso ad un sereno esame critico i vari antisettici in uso concludevo, in quel lavoro, che la nostra preferenza doveva indubbiamente esser data agli ipocloriti preparati con il metodo di Dankin o di Giannettasio. Accennavo pure brevemente a quei mezzi cosidetti fisiologici o citofilassici, propugnati specialmente da Wright e da Delbet e sostenuti presso di noi da Ruggi, da Schiassi e da altri autorevoli chirurghi, che dovrebbero sostituire l'antisepsi nella cura delle ferite infette, perchè essi a differenza dei comuni antisettici, mentre da un lato non alterano in alcun modo le cellule dei tessuti delle ferite, dall'altra esaltano la proprietà fagocitica dei leucociti, alla quale è devoluta la parte più importante nella lotta dell'organismo contro le infezioni, e provocano per azione esosmotica un benefico afflusso di siero e di linfa, carica di corpi antibatterici, in seno alla ferita.

Fra questi mezzi di disinfezione fisiologica delle ferite settiche richiamavo l'attenzione sul siero antipiogeno di Leclainche e Vallé che usato per applicazione locale cominciava in Francia a trovare largo credito fra i chirurghi per i suoi effetti addirittura soddisfacenti.

Ma convinto della scarsa efficacia dell'antisepsi fisiologica in generale, per quello che risultava dalla mia esperienza, a proposito del siero di Leclainche e Vallé in particolare mi esprimevo non molto benevolmente, non solo perchè non ero convinto a priori che esso riuscisse a spiegare un'azione veramente efficace sulla infezione delle ferite di guerra, ma anche per il fatto che la cura col siero mi sembrava mancare assolutamente di praticità essendo la sua preparazione lunga, non facile, dispendiosa e comunque insufficiente, anche se intensiva, a provvederne, per tutte le formazioni sanitarie, un quantitativo tale da bastare per la cura dell'immenso numero di feriti che la moderna guerra produce.

A prescindere da quest'ultima considerazione che, comunque, credo debba essere tenuta in debito conto in quanto riflette un problema di interesse pratico non trascurabile, è doveroso però da parte mia riconoscere che quell'apprezzamento sul valore curativo del siero antipiogeno era alquanto pessimista ed in contradizione coi risultati che coll'uso del siero ho potuto ottenere in questi ultimi tempi in un gran numero di ferite settiche.

Il siero da me adoperato non è però quello di Leclainche e Vallé; è invece un siero di *marca* prettamente italiana, preparato dal nostro Laboratorio Centrale Militare, secondo il procedimento proposto dai proff. Lanfranchi e Finzi.

Il siero Lanfranchi-Finzi è un siero polivalente, preparato con ben 23 varietà microbiche: quindi, dal punto di vista degli agenti infettanti delle ferite, vastissimo è il campo della sua azione. Può essere adoperato tanto per applicazione locale quanto per via endovenosa o sottocutanea; l'uso locale del siero anche se molto prolungato è perfettamente tollerato, nel senso che non espone l'individuo trattato a nessun incidente di natura anafilattica.

Però l'impiego del siero antipiogeno nelle ferite è subordinato ad alcune modalità che io ho potuto riconoscere utilissime. Anzitutto deve essere abolito l'uso contemporaneo di qualsiasi antisettico che neutralizzerebbe l'azione del siero. Basta perciò lavare prima la ferita con siero fisiologico in modo da asportare le secrezioni nel modo più completo possibile o da liberarla da ogni causa di inquinamento a seconda che si tratta di lesione recente oppure già in stato di suppurazione; quindi, asciugatala con compresse sterili si fa un secondo lavaggio con siero antipiogeno e si ricopre infine con garza imbevuta di siero. Anche i drenaggi e gli zaffi è bene siano di garza imbevuta con siero. Anche nei casi in cui ho creduto necessario di ricorrere alla irrigazione intermittente della ferita, secondo il metodo Carrel, invece del liquido di Giannettasio, io ho adoperato il siero antipiogeno. Va da sè che ogni ferita prima di esser trattata col siero, deve essere sottoposta ad un conveniente trattamento chirurgico che del resto è necessario anche adoperando qualsiasi antisettico e che ha per sco-

po di aprire la ferita con opportuni sbrigliamenti in tutti i suoi recessi sì da liberarla dai corpi estranei e dai tessuti maciullati e necrotici, e da renderla ovunque accessibile alla azione del siero.

I casi in cui da me e da altri colleghi dell'ospedale fu usato il siero sommano a qualche centinaio; per la massima parte si trattava di ferite degli arti complicate da frattura o da lesioni articolari, ed associate a gravi lacerazioni e mortificazione dei tessuti molli.

Dividerò queste ferite in due gruppi principali:

1° ferite recenti, senza fenomeni settici locali in atto;

2° ferite settiche con suppurazione circoscritta od infiltrante a carattere flemmonoso e con fatti di sepsi generalizzata.

Nelle prime il siero antipiogeno è stato impiegato soltanto localmente; nelle altre invece si è anche ricorso spesso alla sua somministrazione per via sottocutanea od endovenosa. Quando si trattava di ferite recenti che clinicamente potevano ancora considerarsi come asettiche, ho potuto osservare quasi sempre che il loro trattamento col siero non solo riusciva ad evitare qualsiasi complicazione infettiva sia locale che generale, ma stimolava anche nei tessuti delle ferite un processo di granulazione così attivo e così precoce da indurre a ritenere che la loro cicatrizzazione sia avvenuta in tempo brevissimo.

Ma una prova più dimostrativa ancora della reale efficacia del siero antipiogeno si ha nei risultati, oso dire addiritura meravigliosi, che si ottengono col suo impiego nel secondo gruppo di ferite, cioè in quelle ferite datanti da qualche giorno e che mostrano ormai i segni di una sepsi locale più o meno grave e bene spesso anche generale: diminuzione rapida della suppurazione e modificazione dell'aspetto della ferita caratterizzano in questi casi l'azione del siero antipiogeno. Il processo suppurativo sotto l'influenza del siero, non solo subisce una marcata attenuazione, dando luogo ad una secrezione meno abbondante, ma anche i caratteri di questa si modificano favorevolmente: il pus fetido sanioso si trasforma in breve tempo in pus *bonum;* nel medesimo tempo la ferita si deterge, lo strato necrotico che la ricopre scompare, gli sfaceli si eliminano, i lembi non staccati si riparano; in altre parole la ferita dapprima di cattivo aspetto, emanante un odore fetido e secernente un ligname sanioso, in pochi giorni si ricopre di buone e rigogliose granulazioni. La temperatura segue concorde questo miglioramento delle condizioni della ferita; alta nei primi giorni, quale esponente della grave sepsi locale va gradatamente diminuendo ed in breve volger di tempo diventa normale.

In quei casi nei quali il siero antipiogeno non mi ha sulle prime corrisposto secondo la mia aspettativa, per quanto si trattasse sempre di ferite già sbrigliate e liberate dagli agenti sepsogeni, ho visto che l'insuccesso era ogni volta dovuto alla persistenza nella ferita di qualche piccolo corpo estraneo (scheggie metalliche, frustoli di vestito, ecc.) che era sfuggito al primo intervento, oppure alla presenza di qualche profondo recesso nel quale la secrezione ristagnava costituendo così un centro di disseminazione e di propagazione dei germi.

Per cui edotto da questa esperienza, non ritengo superfluo ripetere che non v'è da aspettarsi dal siero antipiogeno alcun vantaggio sensibile se prima la ferita, sulla quale esso è chiamato ad agire, non subisce un adeguato e completo trattamento chirurgico in modo che non rimanga in essa alcuna causa che possa frustrare l'azione del siero che di per se stessa non può essere che benefica.

Di un altro fattore poi bisogna tener conto per spiegarci la ragione per cui in certi casi sembra che il siero sia mancante di un reale valore terapeutico: voglio riferirmi in special modo a quei processi osteomielitici ad andamento subacuto che facilmente sfuggono ad un esame che non sia di proposito rivolto alla loro ricerca e che complicano di frequente le ferite con lesioni delle ossa e delle articolazioni. È naturale che in simili contingenze, essendo l'infezione mantenuta dall'osteomielite, il siero non possa spiegare alcuna azione proficua: una tale complicanza non può infatti essere trattata che solo operativamente.

Concludendo:

1° il siero Lanfranchi-Finzi nelle ferite ad infezione latente previene quasi sempre lo sviluppo del processo settico o lo rende notevolmente attenuato;

2° nelle ferite ad infezione dichiarata ne modifica ed abbrevia il processo suppurativo, ne deterge i tessuti e li rende precocemente granuleggianti, ed evita ulteriori complicanze sia locali che generali.

Riservandomi di tornare prossimamente sull'argomento in un più ampio lavoro, non posso non terminare questa breve nota, colla quale ho voluto subito rendere noti gli ottimi risultati che si ottengono col siero antipiogeno polivalente nella cura delle ferite di guerra, senza rivolgere uno speciale vivissimo ringraziamen-

to al prof. Finzi, che gentilmente ha messo a mia disposizione il siero in un quantitativo tale da rendere possibile il suo impiego largamente su di un gran numero di ferite.

Zona di guerra, ottobre 1917.

La sterilizzazione delle piaghe per mezzo della pasteurizzazione delle stesse.

Nota preventiva per il prof. ANGELO L. SORESI, di New York, attualmente chirurgo capo all'ospedale militare Cavour, Vercelli.

Il titolo non corrisponde con rigore assoluto al processo impiegato per la sterilizzazione delle piaghe, ma fu quanto di meglio potessimo trovare per dare un'idea approssimativa e succinta di quanto facciamo in simili casi. Portiamo la parte su cui si trova la piaga ad una temperatura di circa 60 centigradi e la lasciamo a detta temperatura per un tempo più o meno lungo, riportandola poi a diverse riprese alla stessa alta temperatura. Abbiamo osservato facendo le medicature ed i drenaggi alla paraffina secondo il nostro metodo (1), che anche le piaghe più sensibili sopportano senza causare alcun dolore al ferito il contatto con paraffina la cui temperatura è di oltre 70 gradi. Abbiamo quindi pensato di utilizzare questa insensibilità dei tessuti al calore sostenuto dalla paraffina per circondare i tessuti infetti di un *medium* la cui temperatura fosse quanto più alta possibile, in modo da sterilizzare le piaghe anche le più profonde. Non ci dilungheremo in una lunga descrizione che sarebbe fuori di luogo in una nota preventiva e che non potrebbe neanche essere completa perchè stiamo appunto facendo fabbricare apparecchi appositi i quali dovranno ancora subire forse parecchie modificazioni prima di potere essere impiegati nella pratica chirurgica corrente e stiamo impiantando un laboratorio batteriologico, che ci è mancato fino ad ora, per il controllo rigoroso e scientifico dei risultati ottenibili col metodo da noi preconizzato.

Per ora procediamo nel seguente modo: la parte infetta è messa in una speciale doccia di latta completamente chiusa in cui è versata della paraffina sciolta, in modo che la paraffina stessa circondi completamente ad esempio il braccio infetto, il quale si trova così come se fosse messo in un bagno di acqua. La paraffina sciolta penetra in tutte le anfrattuosità delle piaghe per quanto profonde e porta dappertutto la benefica azione cicatrizzatrice della paraffina stessa e del calore. La paraffina è mantenuta liquida ed alla temperatura voluta per mezzo di uno speciale e molto semplice apparecchio elettrico basato sullo stesso principio delle pettorine termofore e che si applica a qualunque porta-lampada della comune corrente stradale.

Come abbiamo riferito più sopra non possiamo per ora asserire che con questo metodo otteniamo la completa sterilizzazione delle piaghe, perchè ci manca ancora il controllo batteriologico; però i risultati ottenuti sono talmente buoni e quali non furono mai ottenuti con altri metodi, da incoraggiarci a presentare questa nota preventiva e a farci sperare in risultati veramente perfetti. I buoni risultati sono forse dovuti alla attivissima iperemia che la presenza della paraffina calda provoca *in situ*; qualunque ne sia il meccanismo essi ci sembrano tali da giustificare le più rosee speranze.

(1) La medicatura ed il drenaggio alla paraffina (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 26 dicembre 1915).

La cura indolore, razionale ed economica delle ferite (Comunicazione fatta alla Regia Accademia di Medicina di Torino, seduta 10 dicembre 1915).

SUNTI E RASSEGNE.

Malattie della tiroide.

Comunicazioni fatte dinanzi alle sezioni riunite di medicina e chirurgia della *Massachusetts Medical Society*.

1. *Chirurgia della ghiandola tiroide*. C. A. PORTER. — Le lesioni chirurgiche della tiroide sono: le infezioni, l'ipertrofia o l'iperplasia semplice diffusa, gli adenomi fetali, le cisti, gli adenomi e i tumori colloidi irregolari, talora combinati, i tumori maligni, e finalmente i gozzi tossici e i veri gozzi esoftalmici.

a) Nei processi infettivi acuti primitivi o secondari della tiroide si ha talora la formazione di un ascesso, che di solito guarisce con una semplice incisione; solo occasionalmente si sviluppano dei sintomi di mixedema, quando il processo suppurativo abbia distrutto gran parte del parenchima ghiandolare.

La tiroide può essere sede anche di infezioni a decorso cronico: tubercolari, sifilitiche, attinomicotiche.

b) Le iperplasie bilaterali diffuse della tiroide si osservano abbastanza spesso nelle ragazze all'epoca della pubertà, specie nelle regioni ove il gozzo è endemico, e durante la gravidanza.

Queste iperplasie non abbisognano di cure chirurgiche.

c) Gli adenomi fetali sono singoli o multipli: producono talora delle notevoli deformazioni, e possono comprimere la trachea o l'esofago; possono anche provocare la comparsa di sintomi tossici (a carico del cuore, del sistema nervoso, ecc.), che, secondo Goetsch, sarebbero dovuti ad un'ipertireosi.

L'intervento operativo dà generalmente buoni risultati: consiste nell'enucleazione dei noduli o in una lobectomia.

d) Le cisti della tiroide sono abbastanza frequenti, e di grandezza assai varia; talora si producono in esse delle emorragie improvvise, che possono dare sintomi di compressione. È utile la puntura esplorativa ed evacuatrice, seguita da iniezione di liquidi irritanti. Se però la cisti tende ad aumentare di volume o esercita compressione sulla trachea, è indicata la rimozione.

e) Il gozzo colloide è il più frequente delle affezioni tiroidee; quando si sviluppa posteriormente può dare gravi sintomi di compressione. Le cure con iodio, con estratti tiroidei, con i raggi X possono far diminuire la grandezza del tumore, che però di solito richiede l'intervento chirurgico.

Nelle operazioni per tumori benigni della tiroide è molto importante la scelta dell'anestetico. L'A. predilige l'anestesia locale, quando il carattere e le condizioni mentali del paziente lo permettano. Egli dà, nel pomeriggio del giorno precedente l'operazione, del sulfonale, e fa un'iniezione di morfina un'ora circa prima dell'intervento, poi un'altra iniezione di morfina-scopolamina. Usa l'incisione a cravatta di Kocher. L'anestesia locale è fatta con soluzione 1-2 % di novocaina contenente 1-40,000 cloruro di adrenalina; mentre aspetta che l'anestetico agisca completamente, P. fa iniezioni profonde massive della stessa soluzione lungo il margine posteriore degli sterno-mastoidei nella loro metà inferiore (da questo tratto emergono i rami nervosi che innervano la parte inferiore del collo). Il collo del paziente deve essere iperesteso; posizione di Fowler.

Quando si tratta di tumori molto voluminosi si può, con vantaggio, sezionare l'istmo, ed isolare le due metà dall'interno verso l'esterno, secondo fa Balfour. In alcuni casi, l'emorragia, nonostante le precauzioni adottate, può riuscire grave.

Di solito non è necessario drenare; altrimenti il drenaggio si fa passare traverso un'incisione fatta nel lembo inferiore.

Su più di 100 casi di tumefazioni benigne della tiroide, operate dall'A., non si è verificato che 1 esito letale (una donna di 65 anni, con gozzo cistico, la quale morì di nefrite emorragica e bronco-polmonite).

f) Nei tumori maligni della tiroide invece l'operazione è grave e i risultati non buoni. In 15 anni l'A. ha operato 17 epiteliomi e 3 sarcomi. In cinque casi era esistito per lungo tempo (35, 25, 20, 12, 4 anni) un gozzo, che poi aveva subìto una trasformazione maligna. Un aumento di volume della tiroide dopo i 50 anni o un crescere più rapido di un gozzo di lunga durata dovrebbe quindi essere indicazione per un rapido intervento.

g) Nei casi di ipertiroidismo, sia che si tratti di gozzo esoftalmico primitivo, sia di gozzo basedowificato, sono stati recentemente riferiti successi con l'uso dei raggi X (specie con i tubi di Coolidge, che permettono l'uso di dosi massive, ben misurabili): l'A. non ha esperienza personale su questo metodo di cura. Kocher pensa che il trattamento chirurgico è l'ideale nelle tireotoxicosi, ma non opera nei casi avanzati. L'A. consiglia l'intervento, quando la cura medica è fallita o quasi, nei casi che durano da più di un anno, con esoftalmo e incipienti sintomi cardiaci. I casi più gravi sono dati generalmente da pazienti fra 18 e 20 anni, di temperamento eccitabile, da donne verso la menopausa, dalle donne ebree. In alcuni casi ad andamento cronico, con sintomatologia non molto netta, l'intervento potrà essere indicato dalla dimostrazione di un ipertiroidismo, stabilita con i più recenti metodi (tolleranza agli idrati di carbonio, metabolismo basale, iniezioni di adrenalina, esame del sangue, ecc.).

Per l'intervento le condizioni psichiche della paziente hanno qui la più grande importanza. L'A. opera di solito con l'anestesia locale, preceduta da iniezioni di morfina-scopolamina.

L'allacciatura dei vasi tiroidei avrebbe solo un effetto temporaneo, ed agirebbe solo perchè vengono nello stesso tempo sezionati i filamenti simpatici che accompagnano i vasi. Un ulteriore intervento (lobectomia, emitiroidectomia) sarebbe facilitato dall'allacciatura preliminare, solo quando questa fosse stata fatta 15-20 giorni prima. L'A. ha operato 85 casi (31 allacciature, 19 emitiroidectomie, 17 lobectomie destre con allacciatura dei vasi a sinistra, 18 resezioni parziali) con i seguenti risultati: 5 morti per intossicazione acuta, 2 per complicazioni cardiopolmonari, 1 con sintomi di tetania, 20 guarigioni, 31 miglioramenti, 4 casi non ebbero cambiamenti apprezzabili, 16 furono perduti di vista. L'A. crede che l'allacciatura dei vasi tiroidei fatta poco tempo prima della tiroidecto-

mia, diminuisca il pericolo della tossiemia postoperativa.

2. *Progressi recenti sulla conoscenza delle sostanze attive contenute nella tiroide*. E. C. KENDALL. — Nel 1914 l'A. isolò dalla tiroide una sostanza cristallina contenente il 60 % di jodio. La isolò una seconda ed una terza volta, dopo numerosi e vani tentativi, nell'agosto 1915 e nel febbraio 1916. La terza volta si accorse che, per ottenere dalla tiroide questa sostanza, era necessaria la presenza di CO_2: il diossido di C intero è capace di scindere dalla molecola protèica questo composto di I, che alla molecola stessa è fermamente unito.

Con questa sostanza l'A. ha fatto varî esperimenti, ottenendo effetti meravigliosi in casi di mixedema e di cretinismo; data in grandi quantità produce una sintomatologia analoga a quella del gozzo esoftalmico.

La sua azione si manifesta quando venga somministrata insieme al cibo, e sopratutto insieme ad amino-acidi.

3. *Fattori che agiscono sulla secrezione della ghiandola tiroide*. W. B. CANNON. — C. ha applicato allo studio della secrezione tiroidea il metodo della differenza elettrica, determinata dall'attività fisiologica di una ghiandola.

Se la tiroide viene unita ai tessuti vicini indifferenti per mezzo di un galvanometro, e si stimola il simpatico nella parte alta del torace, si ottiene, dopo un periodo latente di 5-7 secondi, una deviazione dell'ago. Gli impulsi nervosi passano traverso i gangli cervicali superiore e inferiore. Questa corrente di azione non si ha stimolando il vago in animali curarizzati o iniettando pilocarpina.

C. conclude che i nervi secretori della tiroide provengono dal simpatico e non dal vago, e che si tratta veramente di nervi secretori, perchè la loro azione si esplica, anche se il circolo nella tiroide è temporaneamente interrotto.

Una corrente di azione è determinata anche iniettando piccole dosi di adrenalina (che ha effetti fisiologici simili a quelli dell'eccitazione del simpatico), o stimolando i nervi, che vanno alle surrenali.

Deve quindi esistere un'azione della secrezione surrenale sull'attività tiroidea.

C. insieme con C. A. L. Binger, per ottenere una stimolazione continua del simpatico cervicale, hanno eseguito nel gatto delle anastomosi fra la radice anteriore del frenico e il simpatico cervicale sinistro, ottenendo così che ad ogni atto respiratorio una scarica d'impulsi si riversasse sul simpatico. Gli animali, dopo qualche tempo, divenivano eccitabili, avevano tachicardia e diarrea, dimagrimento, il metabolismo basale si elevava; un gatto divenne esoftalmico; due morirono e in essi si trovarono le surrenali molto aumentate di volume. Tutti questi sintomi sparivano asportando la metà sinistra della tiroide.

La tiroide entrerebbe in azione per eccitamenti emotivi; nello stesso tempo aumenterebbe la secrezione adrenale.

Tiroide e surrenale avrebbero cioè anche delle « funzioni di emergenza », le quali non sarebbero che una esagerazione della funzione normale.

4. *Il valore clinico degli studi sul metabolismo nei casi di malattie della tiroide*. W. M. BOOTHBY. — L'A. ha eseguito numerose ricerche in individui normali o affetti da varie malattie, e in persone affette da disturbi di possibile origine tiroidea, raccogliendo, misurando ed analizzando l'aria espirata. I pazienti, per 12 ore prima dell'esperimento, venivano tenuti digiuni ed in riposo assoluto.

Il metabolismo, studiato in questo modo, dicesi metabolismo basale; esso, quando venga stabilito tenendo conto della superficie dell'individuo, come ha proposto Du Bois, varia di poco negli individui normali.

L'A. in casi d'iperfunzione tiroidea, ha trovato il metabolismo basale assai aumentato, ed, al contrario, diminuito nelle distrofie di origine tiroidea.

Con questo mezzo egli ha potuto non solo controllare il risultato delle cure mediche o chirurgiche, ma anche stabilire la patogenesi di alcuni sintomi, che lasciavano incerta la diagnosi.

5. *Tiroidectomia parziale con anestesia locale plus scopolamina e morfina*. F. H. LAHEY. — I casi di gozzo esoftalmico non curati o trattati solo con la cura medica sembrano essere soggetti ad una elevata mortalità (29 %); solo raramente essi guariscono. I casi trattati chirurgicamente danno una mortalità del 2-7 %, il 50-70 % di guarigioni, il 20-30 % di miglioramenti.

La scelta dell'anestetico ha grande importanza in queste pazienti. L'A. ha operato 59 casi di morbo di Basedow con anestesia locale (novocaina, adrenalina), previe iniezioni ripetute di scopolamina-morfina, senza avere alcun decesso. La notte prima dell'operazione viene dato del veronale. Una prima iniezione di scopolamina-morfina è fatta 2 ore prima dell'intervento, e una seconda un'ora dopo la prima; al momento di operare, se la paziente non dorme, viene somministrata un'altra piccola dose di scopolamina (le dosi sono: 10 grani di veronal,

1/200 di grano di scopolamina, 1/6 o 1/4 di morfina; l'ultima iniezione è 1/400 di grano di scopolamina).

6. *La cura del morbo di Basedow con i raggi X.* M. SEYMOUR. — La cura del gozzo esoftalmico con i raggi X è in uso da molti anni; ma risultati concreti sono stati ottenuti solo recentemente, quando si è tenuto conto del dosaggio dei raggi. Stoner ha ottenuto effetti meravigliosi su 41 casi. Ludin, che ha raccolto quasi tutta la letteratura sull'argomento, conclude che i raggi X hanno un effetto favorevole sui pazienti di gozzo esoftalmico, e che vi è poco di vero nell'affermazione che i raggi producono cambiamenti tali nella ghiandola e nella sua capsula, che un'eventuale operazione è resa difficoltosa.

L'A. ha attualmente in cura 144 pazienti di M. B., alcuni dei quali dall'agosto 1915. 80 sono già stati curati lungamente, e tutti, ad eccezione di 7, sono migliorati; 8 sono completamente guariti.

S. usa la seguente tecnica: il collo è diviso in tre zone (destra, sinistra e mediana o soprasternale); adopera i tubi di Coolidge, ed una dose capace di produrre un leggero eritema; distanza del tubo 25 cm.; filtro di 4 mm. di alluminio plus uno strato di cuoio.

S. ha osservato che, in seguito alla cura con i raggi X, la frequenza del polso diminuisce, il tremore e i sintomi nervosi migliorano subito o scompaiono, la ghiandola diminuisce di volume, o diviene meno dura e meno vascolarizzata, il peso del corpo aumenta. Il metodo ha inoltre questi vantaggi: non è causa di morte, non produce cicatrici, permette che il paziente attenda alle sue occupazioni, non è doloroso, se non riesce non aggrava in nulla l'intervento chirurgico, anzi può facilitarlo poichè i raggi X fanno diminuire di volume la tiroide.

A. CHIASSERINI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Gli studi anatomici di Leonardo da Vinci sul sistema cardio-vascolare.

Giovanni Papini, nel suo libro dei *24 cervelli*, ha un giudizio paradossale su Leonardo, che non posso non richiamare leggendo gli scritti di Klebs sulle ricerche anatomiche del Vinci, specie in rapporto al sistema cardio-vascolare (*Bull. de la Soc. d'hist. méd. de Chicago* e *The Boston med. and surg. jour.*, 1916). Il Papini non sa valutare il miracolo della fusione dell'artista perfetto e dello scienziato geniale; il grande umanista « è troppo invasato dalla mania scientifica. I suoi arruffati libri son troppo pieni di osservazioni e di piccoli fatti... La smania di conoscere il particolare, che ha istupidito tanta parte delle ultime generazioni, s'era troppo impossessato di lui: in un certo senso, e mi dispiace sinceramente calunniarlo sino a questo punto, ha l'aria di un positivista anticipato... Egli è, in fondo, più scienziato che artista, il che non son capace di perdonargli ».

Che direbbe mai il Papini, conoscendo ora le meraviglie delle *anatomie* di Leonardo, che in trenta autopsie non si limitò a fare delle sezioni a scopo artistico, ma diede loro indirizzo scientifico, ponendo numerosissimi problemi di fisiologia e di morfologia, da stupire?

Fermandoci al capitolo preso a studiare dall'A. americano, dobbiamo notare come ancor nell'angiologia, che il Vinci indagava mediante le iniezioni delle arterie, riesca mirabile. Per esaminare il cuore lo faceva indurire, poi lo sezionava in diastole; per conoscere la forma delle sue cavità, le iniettava di cera o di gesso.

Leonardo considera il cuore « il più potente di tutti i muscoli » e ne descrive le fibre trasversali, longitudinali ed oblique, la base e la punta, il tessuto fibroso della base. Distingue nettamente atri e ventricoli; s'indugia sul setto, che tuttavia, in omaggio alle credenze dell'epoca, ritiene poroso e permeabile. Descrive i muscoli papillari e le loro corde che si inseriscono alle valvole. Rappresenta la tricuspide e la mitrale quando il cuore si contrae, vedute sia dal lato del ventricolo, sia da quello dell'atrio. Le valvole semilunari sono disegnate chiuse, dai calchi di gesso raccolti. Disegna correttamente la congiunzione della azigos con la cava superiore; mirabilmente la disposizione delle coronarie « che nutrono il cuore », distinguendo bene le arterie dalle vene: le prime corrono profondamente, le seconde sono ricoperte da un semplice foglietto sieroso.

Dalle sue note e dai suoi disegni si deve con-

cludere che intendeva in modo perfetto l'ufficio della sistole e della diastole dei ventricoli. Sapeva che le sistoli degli atri e dei ventricoli non sono sincrone, che la sistole ventricolare coincide col battito del cuore contro la parete toracica, con il polso e la penetrazione del sangue nell'atrio; il rumore prodotto dalla chiusura delle valvole è trasmesso alla periferia dalle arterie e può essere percepito dall'orecchio. Ha tentato di fissare il ritmo delle contrazioni e ha voluto misurare la rapidità di corrente sanguigna, divinando che essa era inversamente proporzionale al calibro dei vasi.

Conosce i capillari, la distribuzione dei vasi negli organi, dà una buona descrizione della porta, mostra i rapporti di vicinanza dei vasi con i bronchi: l'aria fresca che penetra nei bronchi passerebbe così nelle arterie, sebbene gli sembri impossibile che essa giunga nel cuore per il tramite di quelli.

Quest'ultimo errore, insieme con l'altro della permeabilità del setto, tenne Leonardo — così acuto studioso delle leggi dell'idraulica — lontano dalla grande scoperta della circolazione del sangue, che per molti altri indizi egli aveva intuito e presentito.

G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Reale Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Adunanza ordinaria del 16 dicembre 1917.

Ricerche sperimentali sull'utero della donna e degli animali.

POSO P. (S. A.). — In una prima serie di esperimenti l'O., servendosi del metodo della sospensione in liquido fisiologico ossigenato, ha cercato di stabilire l'azione dell'adrenalina sull'utero sopravvivente della donna nello stato di gravidanza e fuori di questo. A termine di gravidanza l'utero umano risponde costantemente con innalzamento del tono e con intensificazione delle contrazioni ritmiche automatiche; così pure l'utero nella gravidanza ectopica; pilocarpina e atropina non esercitano invece alcuna azione apprezzabile. Sull'utero vuoto l'adrenalina ha azione prevalentemente inibitrice; e tale anche l'azione di questa sostanza sulla parete ipertrofica dell'utero, contenente un mioma. L'O. ne trae la conclusione che l'utero della donna si comporta verso le sostanze chimiche che agiscono specificatamente sulle giunzioni neuromuscolari delle fibre simpatiche e autonome del sistema nervoso involontario precisamente così com'era stato riscontrato per gli uteri di animali (cagna, gatta).

In una seconda serie di esperimenti, puerperalizzando delle cagne adulte, nè gravide nè in caldo, con iniezioni ripetute di estratto di placenta umana e di cagne da una parte, con estratti di fetolini dall'altra, e sottoponendo poi gli uteri all'azione dell'adrenalina l'O. ha cercato se non parta dall'uovo in via di sviluppo una sostanza capace di modificare le giunzioni neuromuscolari simpatiche dell'utero, sì da determinare costantemente, nella gravidanza, un'inversione dell'effetto della loro stimolazione, e precisamente nel senso della contrazione. Ora, i suoi esperimenti ci hanno in modo indubbio assodato, che gli estratti placentari non modificano punto il modo di reagire dell'utero all'adrenalina; hanno d'altra parte dimostrato, che gli uteri di animali, trattati con iniezioni di estratti di feti, reagiscono all'adrenalina piuttosto come gli uteri gravidi di cagna, che come gli uteri perfettamente a riposo. Onde è da supporre che se v'è una sostanza capace di produrre l'inversione della reazione all'adrenalina dell'utero gravido, è molto probabile che questa derivi dai feti.

Tutte le cagne puerperalizzate con gli estratti placentari mostrarono ipertrofia ed iperplasia del canale genitale, particolarmente della mucosa dei corni, che in alcuni tratti raggiunge un turgore notevole, sì da simulare una formazione placentare; e nelle ovaie, distruzione totale delle uova con processi degenerativi dell'epitelio follicolare, ed in pari tempo cospicua formazione di corpi atresici e comparsa di cumoli di cellule gialle interstiziali. Questi risultati, mentre confermano quanto già era stato constatato in altri animali (cavia, coniglia) da precedenti sperimentatori, ci assicurano, specialmente sulla base del reperto ovarico, che le suddette modificazioni sono equivaleni a quelle che hanno luogo durante la gravidanza normale.

Esperienza di chirurgia di guerra.

DI FABIO Prof. V. — L'O., premesse alcune brevi considerazioni generali, riferisce su due casi di gravissimo intervento sull'articolazione del ginocchio con esito di guarigione, per dimostrare contro ogni sistema di chirurgia demolitrice o semplicemente ampia, che è possibile ottenere buoni risultati anche con interventi limitatissimi sulle cavità articolari, quando si aggredisce convenientemente il focolaio osteo-mielitico che è il centro dell'infezione. Parla poi di tre casi di lesioni del cranio, che si prestano a molteplici considerazioni fisio-anatomo-patologiche del cervello.

1. Un individuo ferito nella regioni temporo-parietale destra, con frattura comminuta e perdita di una discreta quantità di diploe, con rime irradiantisi in tutti i sensi, spappolamento della sostanza cerebrale della scissura calcarina, ematoma sottodurale, aneuroretinite bilaterale, che presentava la seguente sintomatologia: visus ridotto ad 1/30 e limitato ad un piccolo punto centrale della pupilla, perdita dei riflessi pupillari, vertigini e senso di caduta indietro. Vuotato l'ematoma, tolte le numerose schegge ossee dal focolaio di frattura, messo a posto un grosso tratto di osso mobilissimo e che dava la sensazione che arrivasse fino al forame occipitale, scomparvero i fenomeni cerebellari e si ristabilirono i riflessi pupillari.

2. Frattura della volta e introflessione di frammenti sulla regione rolandica alta posteriore sinistra. Unico sintomo: afasia motoria.

3. Frattura del frontale sopra e avanti alla sutura temporo-frontale. Rimozione dei frammenti: guarigione chirurgica. Permane un'agitazione periodica, che si riaffaccia ogni 4 settimane circa, durante la quale le pupille sono dilatate e torbide, e si risolve con abbondanti epistassi. S.

Rendiconto delle sedute della Società di Biologia di Parigi.

Seduta del 26 gennaio 1918.

AUGUSTO PETIT: *Sullo spirochete di Lorient.*

T. MAY: *Significato del tubercolo di Carabelli.*

P. MASSON: *Le fibre elastiche superficiali nelle ferite di guerra.* — Dopo aver dimostrato che nella pelle normale, ciascuna cellula basale è collegata al derma con uno speciale legame elastico, M. insiste su questo fatto, che nelle cicatrici della pelle le fibre elastiche non si rigenerano che tardi e molto incomplete. In particolare il legame elastico-epiteliale manca per lungo tempo. Questo fatto dimostra, con altri già noti, la fragilità dell'epidermide ricostituita. È una indicazione di più in favore della riduzione delle cicatrici per la sutura primitiva o secondaria delle ferite.

P. REMLINGER: *Passaggio in vitro del virus rabido nei cervelli e negli organi.* — Dei cervelli di coniglio o di cavia morti di rabbia sono immersi in glicerina sterilizzata, entro una piccola vaschetta. Si immergono in contatto con essi dei cervelli sani di animali recettivi o refrattari (polli, tartarughe) ed analogamente dei pezzetti di fegato e reni. Dopo qualche giorno ed *in un terzo dei casi in parola,* una emulsione di questi organi provoca la rabbia nel coniglio, essendosi il virus disseminato nella glicerina ed avendo anche impregnati gli organi sani. I corpuscoli del Negri sono assenti, ed i fatti mal s'accordano con l'ipotesi della loro importanza patogena.

S. COSTA, J. TROISIER e J. DAUVERGNE: *L'azione emotossica del B. difterico: suo valore diagnostico.*

A. NANTA: *Le modificazioni ematologiche precoci dopo le emorragie.* — Si sa che nei feriti di guerra, durante le prime ore il numero delle emazie diminuisce progressivamente e proporzionalmente all'emorragia subita, quando le estremità sono colpite.

Dopo le ferite viscerali, specie le craniche, la diminuzione è incostante e non proporzionale. La leucocitosi, già nota, consiste in una polinucleosi ed anche in una macronucleosi (5-15%).

W. MESTREZAT: *Soluzioni cloriche acide per l'irrigazione continua delle ferite, sol. bicarbonato-cloriche e allumo-cloriche.* — M. indica il modo di preparazione dei due liquidi clorici acidi che possono essere impiegati nell'irrigazione delle piaghe. L'alcalinità delle sol. generalmente usate riduce il potere battericida del cloro ch'esse contengono e impressionano sfavorevolmente i tessuti; con le soluzioni cloriche acide a potere disinfettante energico, la detersione delle piaghe si fa rapidamente, ma è sopratutto il cambiamento profondo e la natura fine e granulosa dei bottoni ottenuti che differenziano questa sol. dai liquidi di Dakin-Daufesne, Dubar ecc. La sol. allumo-clorica si prepara per semplice aggiunta d'allume in proporzione variabile a latte di cloruro di calcio.

EDUARD RETIF: *Ricerche fisiologiche sul ganglio semilunare.*

R. J. WEISSENBACH e W. MESTREZAT: *Proprietà bactericide dell'ione cloro. Studio comparativo del potere antisettico delle sol. ipo-cloriche acide e alcaline utilizzate in chirurgia.* — W. e M. riportano il risultato delle esperienze di controllo, sul potere battericida in vitro di soluzioni ipocloriche contenenti un medesimo peso di cloro, ma in diversa combinazione. Le loro esperienze dimostrano che le sol. ipocloriche acide o neutre alla ftaleina (sol. bicarbonato-cloriche o sol. allumo-cloriche) hanno un potere antisettico doppio delle sol. ipocloriche fortemente alcaline (sol. Dakin-Daufresne). Essi ricollegano questo potere battericida doppio al potere doppio decolorante della quantità di cloro che possiede l'ac. ipocloroso libero, proprietà che l'industria utilizza.

ED. RETTERER e H. NEUVILLE: *Sul tarso delle palpebre dell'uomo.*

A. CHAUFFARD GUY LAROCHE e A. GRIGAUT: *La quantità di colesterina delle gl. surrenali a diversi stadi della vita fetale.*

P. CARNOT e H. MAUBAN: *Reazione colorante della steapsina su piastre di agar grasso emulsionato.*

A. L.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Vedute recenti sulle malattie renali.

Secondo Williams (*Medical Record*, 13 ottobre 1917) la malattia renale è probabilmente una malattia costituzionale con manifestazioni renali; spesso la suscettibilità a contrarla è trasmessa dal genitore al figlio.

Comunemente è associata con la nefrite qualche infezione a focolaio, che può stare con essa in rapporto causale.

Ogni adulto oltre i 40 anni, che abbia dell'anamnesi familiare qualche malattia renale, deve possibilmente guardarsi da infezioni e farsi esaminare l'urina almeno tre volte all'anno, per sorprendere un'eventuale degenerazione renale incipiente.

La miglior prova da farsi dal pratico sulla urina è quella così detta delle due ore; meno valore hanno la ricerca dell'albumina e dei cilindri. Estrema importanza ha la prova della ftaleina.

Nell'ospedale hanno grande valore le ricerche sul sangue dell'azoto non proteico, dell'urea, della creatinina e la determinazione del coefficiente d'Ambard.

La morte è dovuta all'acidosi, causata da ritenzione di fosfati.

Nei casi avanzati con edema e dispnea, il miglior trattamento consiste nella dieta di Karell: l'eliminazione dei fosfati è favorita dal calcio e dal ferro (lattato di calcio, pillole di Blaud). Gli impacchi, i purganti, i diuretici sono praticamente inutili.

La prova delle due ore si esegue raccogliendo l'urina ogni due ore dalle 7 alle 21, e poi a parte quella dalle 21 alle 7 del mattino seguente. In un individuo normale, la quantità di urine eliminata durante il giorno varia di molto secondo la quantità del liquido ingerito, che viene espulso abbastanza rapidamente; la quantità di urina del periodo notturno è tutt'al più di poco superiore a quella eliminata ogni due ore durante il giorno. Il peso specifico varia assai, secondo i pasti da 1006 a 1025. Il rene cirrotico, invece, elimina praticamente la stessa quantità di urina nei periodi di due ore, e poi durante la notte si ha una secrezione uguale o maggiore di quella totale giornaliera; vi è poi tendenza alla costanza del peso specifico. Tutto ciò indica che il rene lavora costantemente ad alta pressione ed è incapace di rispondere al lavoro supplementare richiesto per l'ingestione di cibi e di bevande.

Quando non si possa ricorrere a questo metodo si raccoglierà almeno l'urina in due periodi di dodici ore ciascuno, corrispondenti approssimativamente al giorno ed alla notte.

Fil.

Infezione linfogena ascendente dell'apparato urinario.

L'infezione della vescica o delle porzioni basse dell'uretere può raggiungere la pelvi renale ed il rene sia per la via urinaria, sia per la via linfatica; nel primo caso è necessaria l'ostruzione completa o quasi della via urinaria.

Le esperienze di D. N. Eisendrath e O. T. Schultz (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 17 febbraio) hanno dimostrato che in assenza di completa ostruzione, l'infezione ascende dalla vescica per mezzo dei linfatici della parete uretrale.

A seconda della virulenza del germe o della resistenza dell'individuo, l'infezione può rimanere limitata alla vescica o all'uretere, arrivare alla pelvi od invadere il rene; in quest'ultimo caso, il germe viene trasportato dalle pelvi, al parenchima, per mezzo dei linfatici e dei tessuti intertubulari e perivascolari.

Nell'uomo la rete linfatica costituisce la via più importante dell'infezione ascendente, quando la pielite e la pielonefrite seguono una cistite senza ostruzione delle vie urinarie. Nell'assenza di cistite, la pelvi renale od il rene possono infettarsi per il trasporto dell'infezione dagli organi pelvici o dalle porzioni inferiori dell'intestino, a traverso i vasi linfatici anastomizzantisi.

Fil.

Il contenuto in urea del liquido cerebro-spinale e la diagnosi di uremia.

In base a numerose determinazioni fatte su viventi e su cadaveri, R. G. Canti (*Lancet*, 12 febbraio 1916) viene alle seguenti conclusioni che sono di un certo valore per la diagnosi esatta di uremia.

Il contenuto normale di urea nel liquido cerebro-spinale, determinato con il metodo all'ipobromito è inferiore al 0.05 %.

Vi sono dei casi in cui la quantità di urea è 10 fino a 20 volte il normale; questa condizione sarebbe da denominarsi uremia vera, sebbene qualche volta possa esservi associata qualche altra malattia; il paziente, che si trova a tali estremi, muore in breve tempo.

Vi sono altri casi diagnosticati come uremia, in cui si ha invece un grosso o piccolo rene bianco, ma l'urea nel liquido cerebro-spinale

è in quantità normale o di poco superiore; quegli ammalati che non presentarono mai attacchi, guariscono; muoiono invece quelli con lesioni cerebrali.

Vi è poi un certo numero di casi di arteriosclerosi che sono battezzati come uremia, mentre i sintomi che suggeriscono tale diagnosi non sono altro che quelli dell'insufficienza cardiaca. In questi l'urea nel liquido cerebro-spinale è affatto normale ed in realtà non si tratta per nulla di uremia. FIL.

TERAPIA.

Cura e profilassi della malaria nell'Esercito.

La recrudescenza della malaria in questi ultimi anni è purtroppo un fatto ripetutamente accertato in diverse regioni!

È ovvio che tale flagello infierisca tra i soldati, sia perchè costretti a soggiornare in località spiccatamente malariche, sia per la stessa vita che conducono, esposti alla puntura degli anofeli, alle cause di perfrigerazione, ecc. Ora il problema malarico nell'Esercito assume speciale importanza per il gran numero di individui che questa malattia rende praticamente inutilizzabili, e per il pericoloso centro d'infezione che ogni malarico non guarito costituisce.

Molto opportunamente la Direzione generale di Sanità militare, a cui la profilassi antimalarica è sempre stata a cuore, anche in tempo di pace, ha ora emanato delle norme chiare e concise per la cura e bonifica dei malarici.

Vengono in esse forniti anzitutto alcuni criterî per la diagnosi, e le idee generali di terapia.

Tali consigli son ben lungi dall'essere superflui, anche se rivolti a medici: vi sono delle regioni d'Italia in cui la malaria è, si può dire, sconosciuta, e può quindi mancare a molti dei medici, attualmente richiamati in servizio militare, quella prontezza nella diagnosi e quella sagace decisione nella cura, che sono elementi essenziali per la riuscita.

Per le disposizioni emanate, i malarici in atto devono essere ricoverati in Sezioni ospedaliere specializzate, e quivi subire la prima cura secondo le norme stabilite, sino alla scomparsa della febbre, e dovranno continuare a rimanervi ancora per dieci giorni almeno, durante i quali sarà iniziato il trattamento per la bonifica con la somministrazione di una dose giornaliera di chinino.

Dall'ospedale *non devono essere mai inviati in convalescenza* presso le famiglie, ma nei reparti speciali per malarici; quivi i militari possono essere a turno adibiti ai servizi varî, concedendo come giorni di riposo solo quelli della chininizzazione.

Nelle forme iniziali con febbre subcontinua, il chinino, che è il vero e sicuro rimedio specifico, va somministrato, non appena accertata la diagnosi, a dosi giornaliere di gr. 2,5-3 (cloridrato, bisolfato) nello spazio di tempo di 3-6 ore. Nelle *febbri periodiche*, il chinino va invece somministrato 7-9 ore prima dell'accesso a dosi di gr. 1,50-2,50-3 in 3-6 ore secondo che si tratti di quartana, terzana benigna o terzana maligna.

La somministrazione per bocca è sufficiente e comoda: è solo difficile accorgersi se realmente il chinino sia stato deglutito ed assorbito. Sono generalmente da preferirsi le soluzioni o le polveri, perchè i tabloidi si prestano facilmente all'inganno e talvolta attraversano intatti l'intestino.

Quando esistano disturbi gastro-intestinali gravi o vi sia intolleranza gastrica, si ricorre alle iniezioni sottocutanee o muscolari, per le quali viene consigliata la formula di Gaglio (1) con l'uretano, riserbando le iniezioni endovenose ai casi di malaria grave o pericolosa. Le dosi devono essere minori di quelle per bocca: per le iniezioni endovenose non si deve superare un grammo per dose.

Nei casi in cui la malaria resiste all'azione del chinino, occorre mutare la via di somministrazione o ricorrere eventualmente a succedanei (arseno-benzoli, blu di metilene, ecc.).

Troncato il periodo febbrile della malaria iniziale, o vinta la serie delle febbri periodiche, la malaria non è guarita. Occorre intraprendere la cura consecutiva, come una lotta lunga ed accanita, *nella quale ha importanza decisiva il metodo*. È questo il periodo più importante per la cura e profilassi e riesce difficile, sia per l'attuazione rigorosa che richiede, sia per la resistenza spesso opposta dal malarico.

Nei primi dieci giorni si somministra giornalmente una dose terapeutica (gr. 1,5-2 in 8-12 ore); nei successivi trenta giorni, tre dosi per settimana (2 in giorni successivi, p. e. sabato e domenica, 1 in un giorno intermedio, p. e. giovedì). Per altri tre mesi, 4 dosi al mese (in due giorni successivi ogni 15 giorni).

La cura dei malarici cronici va condotta con metodo uguale a quello dei recidivi. Al chinino vanno aggiunti mezzi terapeutici che miglio-

(1) Cloridrato basico di chinino gr. 3: uretano etilico gr. 3: acqua distillata cmc. 5 Ogni cmc. contiene gr. 0.30 di chinina. Per le iniezioni sottocutanee è da preferirsi una soluzione più diluita.

rino le condizioni generali di nutrizione ed evitino i disturbi da lesioni dei singoli visceri, rinunciando ai preparati ricostituenti con chinino, poichè questo vi è contenuto in dose troppo piccola per essere efficace. Si prosegue quindi la cura chininica, somministrando nei giorni d'intervallo preparati arsenicali e ferruginosi.

Tutta la cura va eseguita con metodo e con rigore, come può e deve ottenersi nell'Esercito. Se si somministra il chinino in tabloidi, occorre accertarsi che siano realmente deglutiti, ricercando eventualmente l'alcaloide nell'urina con il reattivo di Tanret.

Esso è composto di bicloruro di mercurio (gr. 1,35), joduro di potassio (gr. 3,30), acido acetico (cmc. 20), acqua distillata (q. b. per 64 cmc.). A 10 cmc. di urina limpida si aggiungono 10 goccie del reattivo; la mancanza di intorbidamento o precipitato esclude la presenza di chinina. L'intorbidamento può essere dato da albuminoidi, alcaloidi, antipirina: solo nel primo caso persiste con il riscaldamento.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(931) All'abb. n. 8800:

Una tintura innocua di color castagno è la seguente:

Succo spremuto dalla corteccia verde di noci, parti 10; Alcool a 60°, parti 90.

Filtrare dopo 10 giorni. V. M.

(932) All'abbonato 8413:

O. COZZOLINO. *Manuale pratico di Pediatria*. Casa ed. libr. V. Idelson, Napoli. — S. RIVA-ROCCI. *Le malattie minori dei bambini*. Soc. ed. libraria, Milano. — HOFFMANN e KOLISKO. *Medicina legale*. Soc. editrice libraria, Milano.

L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Riproduciamo integralmente la recensione che il prof. H. Vaquez, di Parigi, ha fatto del libro del prof. Mariani:

F. MARIANI. *La cura del Cuore*. 2ª ediz., 1 vol. in-16° di pag. 300 circa, con figure. Milano, F.lli Treves, editori, 1918.

Il prof. Mariani, supplente di Clinica medica all'Università di Genova e direttore della rivista italiana *Le malattie del cuore*, era già conosciuto per una serie di lavori consacrati alla clinica e alla terapia delle affezioni cardiovascolari.

Il presente volume fu scritto specialmente per i medici pratici e per gli stessi ammalati. Egli espone chiaramente e succintamente i metodi di ricerca scientifici della cardiologia moderna e le loro applicazioni al trattamento dell'ammalato.

La concezione fondamentale del libro è che bisogna dare una grande importanza e mettere in primissima linea lo studio dell'insufficienza del miocardio. Questo concetto è stato sviluppato nel corso di questi ultimi dieci anni e domina attualmente tutta la terapia. Questa, quindi, come rileva giustamente l'autore, non deve essere sempre la medesima in ogni caso di affezione cardiaca, ma deve essere sopratutto proporzionata al grado di validità del muscolo cardiaco; quindi deve differire a seconda che si dovrà trattare di un malato con deboli forze di riserva del cuore o di un infermo in preda ad un grado più o meno avanzato di asistolia.

Così il primo dovere del medico è di determinare il più esattamente possibile la capacità funzionale del cuore. E, a questo studio l'Autore ha consacrato un capitolo del libro, dove sono riportati i diversi procedimenti per l'esame della funzionalità cardiaca e che si fondano sulla tachicardia da sforzo, sulle modificazioni della pressione arteriosa sistolica e diastolica e in seguito ad un determinato esercizio.

Forse l'Autore in questo punto non ha sottoposto questi diversi procedimenti ad una critica abbastanza serrata. Però raccomanda di completare queste ricerche con un esame ortodiagrafico, praticato con l'apparecchio di Destot.

Nel capitolo seguente egli dimostra tutto l'interesse, non soltanto teorico, ma pratico, dei metodi grafici in quello che concerne la diagnosi clinica e la determinazione delle varie aritmie.

E queste questioni così complesse sono esposte con una grande chiarezza, in poche pagine e il testo è illustrato da tracciati, di cui una gran parte provengono dalla pratica personale dell'Autore.

Un capitolo è destinato allo studio delle evoluzioni delle differenti affezioni del cuore: cardiopatie congenite dell'infanzia, dell'adulto, del vecchio (vizi valvolari, cuore grasso, sifilide cardiaca), ai disturbi maggiori, che si osservano nei tubercolosi, nei gobbi, nelle donne incinte, nei gottosi, nei diabetici, arteriosclerotici, renali.

Nella seconda parte del libro l'Autore si rivolge tanto al medico, come all'ammalato e

in una serie di studi, molto bene sviluppati, tratta delle applicazioni ai cardiopatici della ginnastica svedese (movimenti respiratori — movimenti attivi e passivi — impastamento, massaggio addominale, ecc.), dei mezzi di allenamento, destinati alla consolidazione della cura, cioè a dire esercizi progressivi, resistenze frazionate, cura del terreno, cure elettromeccaniche di Bergonié.

Sono del pari illustrate le indicazioni climatiche, le indicazioni e controindicazioni dei bagni (ordinari e carbo-gassosi), dei viaggi (l'Autore proibisce l'automobile alla maggior parte dei cardiaci e lo concede solo per brevi trasporti). Le indicazioni sull'uso della « digitale » e della « strofantina » sono esposte in un modo molto esatto.

Il volume si termina con una rivista dei principali medicamenti suscettibili di agire sul cuore o sulla circolazione. Si tratta di un formulario sviluppato nel senso specialmente clinico.

E in fine si trovano una ventina di pagine consacrate alla dieta e alla cucina del cardiaco, ove sono studiati i diversi regimi, con le indicazioni dei *menus* e delle ricette.

Tutti i medici, che hanno dovuto regolare giorno per giorno l'alimentazione di un cardiaco, sanno quanta difficoltà si provi a far tollerare per lunghi mesi una cucina strettamente declorurata e saranno riconoscenti al prof. Mariani di avere loro facilitato questo compito, arrecando così il più grande beneficio ai loro pazienti. H. VAQUEZ.

VARIA.

L'elmetto protettore della vista nei combattenti.

L'elmetto del nostro esercito si presta assai bene alle esigenze di una difesa contro i traumi dall'alto: non sono però per nulla organizzate le difensive a salvaguardia di organi importantissimi, quali gli occhi, gli orecchi, il naso, le ossa mascellari.

Il dott. Putelli (*Giorn. di medicina militare*, 28 febbr. 1918), allo scopo di migliorare i poteri difensivi dell'elmetto, ha studiato le trajettorie preferite dai proiettili e le sedi di penetrazione dei medesimi, arrivando così a notare che il maggior numero di ferite della faccia proveniva da tiri d'infilata, che incrociavano trasversalmente ed obliquamente il piano antero-posteriore delle cavità nasali e dell'occhio e penetravano attraverso la regione orbito-temporo-zigomatica.

Alle lesioni in questa sede preferita è da attribuirsi la maggior parte delle cecità e sordità di guerra. La protezione di questa regione deve quindi rappresentare la migliore profilassi di tali postumi, tanto più che i proiettili che trapassano le cavità orbitali e nasali nel diametro trasversale di regola non tolgono la vita al colpito, mentre invece quelli che le attraversano in senso antero-posteriore sono per lo più mortali.

L'elmetto regolamentare lascia l'occhio totalmente scoperto contro i tiri frontali e lascia pure scoperta la regione orbito-temporo-zigomatica contro i tiri d'infilata.

Allo scopo di rimediare a tali deficienze, l'A. ha escogitato di aggiungere all'elmetto un pezzo fatto con lamiera d'acciaio, inchiodandolo sulla parete interna della calotta, lungo tutta la semicirconferenza anteriore. Esso scende a coprire la fronte fino alle arcate sopraorbitali, circonda l'arcata orbitale esterna, si prolunga in basso sovra l'orlo zigomatico, copre lateralmente e posteriormente le regioni zigomatica, temporale anteriore, auricolare e termina con leggera curva dietro il padiglione dell'orecchio.

La costruzione di questo protettore è semplice, come pure l'applicazione, che permette di utilizzare gli elmetti già in uso. L'aumento in peso è tollerabile, tanto più che esso giova a meglio equilibrare l'elmetto stesso, obbligandolo a proteggere stabilmente la faccia, in opposizione alla cattiva abitudine dei soldati di cacciarsi l'elmetto sulla nuca.

Il protettore non ostacola l'applicazione dell'attuale maschera antiasfissiante e non restringe minimamente il campo visivo.

Esso difende l'occhio, il naso e l'orecchio; è pure sperabile che le lesioni oggettive da detonazione, determinate da compressione d'aria o dalla proiezione di materiali contro l'orecchio, siano largamente beneficate dal protettore.

Da noi finora nessuna misura è stata applicata per la profilassi della cecità, sebbene già altrove siano stati proposti dei metodi dei quali si è occupato anche il nostro giornale.

È quindi da augurarsi che anche nel nostro esercito si addivenga a questa importante misura, che risparmierà tante deturpazioni e mutilazioni gravissime. *ini.*

Pubblicheremo prossimamente:

E. CALANDRA, *La metallizzazione dei tessuti;*

G. F. NOVARO, *Breve nota sul materiale di medicazione;*

V. SAVIOZZI, *Sulle ferite penetranti del torace.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un'eccezione che diventa regola.

Commentando il decreto del 9 dicembre 1917 sull'esonero dei medici dal servizio militare esprimemmo qualche riserva sulla opportunità di concedere la dispensa ai medici in servizio presso pubbliche amministrazioni, l'opera dei quali fosse riconosciuta indispensabile ed insostituibile.

I fatti hanno purtroppo giustificata la nostra riserva.

Son passati circa tre mesi dalla pubblicazione di quel decreto, che per le sue opportune provvidenze definimmo una nuova tappa verso l'equità, ma la sua applicazione ha incontrato tali difficoltà, contrasti e sopra tutto resistenze, che non ancora esso ha dato quei frutti che era lecito sperare.

Che queste difficoltà, questi contrasti, queste resistenze fossero opposti da chi aveva desiderio di sottrarsi ad un obbligo più o meno disagevole e più o meno lesivo dei proprî interessi, si può, sia pure con qualche ripugnanza, comprendere.

Ma del fatto che di costoro si facesse complice necessario chi era stato investito del mandato della equa e scrupolosa interpretazione ed applicazione della legge, non si riesce a dare alcuna corretta spiegazione.

Nell'articolo, cui sempre ci riferiamo, esprimemmo la convinzione che la presenza del Presidente del Consiglio degli Ordini dei medici nelle Commissioni incaricate di esaminare le domande di esonero, costituisse una garanzia per la equa applicazione delle disposizioni del decreto. Ad essi specialmente, noi scrivemmo, incombe il dovere di invigilare a che non si compiano favoritismi o abusi attraverso rappresentazioni di necessità funzionali o di indispensabilità personali non rispondenti alla realtà. Essi infatti hanno una più esatta conoscenza dei bisogni sanitarî dei varî centri e delle attitudini professionali di ciascun medico e godono la fiducia di tutti i colleghi da cui ripetono il delicato mandato loro commesso.

Ma se dobbiamo giudicare dai fatti che ci constano direttamente e da quelli che ci vengono quotidianamente denunciati dai colleghi, l'opera del Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, come degli altri membri sanitarî delle Commissioni di esonero, non ha avuto su queste, e specie in alcune Provincie, quella benefica influenza che si poteva attendere. L'opera loro in alcune Commissioni è stata troppo acquiescente alle esigenze più o meno giustificate dagli altri membri, o addirittura si è fatta mancipia delle pretese di camarille politico-amministrative locali.

Ma anche senza volerne indicare le ragioni, il fatto certo è questo che si sono confermati esoneri e dispense in numero molto superiore a quello che era legittimamente prevedibile. Il che mentre dimostra che le Commissioni non hanno convenientemente apprezzato ed interpretato lo spirito e la finalità del decreto, ha dall'altra parte avuto per conseguenza che la applicazione di questo non può avere tutta quella benefica portata che si era sperata.

Non vogliamo, per evitare antipatiche personalità, dare esempî dei varî motivi che hanno determinato alcune Commissioni a giustificare esoneri di medici; ci basta accennare al fatto che in una Commissione è stato esaminato, ma per fortuna non è stato ritenuto sufficiente, come motivo di indispensabilità la circostanza che un medico di un certo paese fosse il solo a comprendere il dialetto locale. Abbiamo accennato a questo ridicolo episodio unicamente per rilevare che se esso è stato messo innanzi ed è stato anche esaminato dalle Commissioni, queste hanno dovuto prendere in considerazione elementi che se pure meno degni di... riso non erano per questo meno futili in confronto dei veri, essenziali, rarissimi motivi atti a giustificare il provvedimento dell'esonero.

Nella pratica insomma si è verificato questo: una volta ceduto su di un caso, le Commissioni hanno dovuto per ragioni di relatività cedere per altri e così i motivi di indispensabilità e di insostituibilità sono divenuti i più inconsistenti che si possa immaginare.

Vero è che per ovviare a questi inconvenienti, che data la nostra mentalità e le nostre abitudini neppure ha modificato la tragedia della guerra, che a torto si era ritenuta la grande moralizzatrice, il decreto doveva essere più preciso o meglio non consentire affatto alcun esonero.

Se noi consideriamo infatti con vera serietà quali possano essere i motivi che rendano veramente indispensabile o insostituibile per una data funzione un medico, dobbiamo venire onestamente alla conclusione che nessuno è indispensabile, nessuno è insostituibile. È questo un vecchio aforisma popolare che si può bene applicare ai medici.

Sfortunatamente noi siamo tanti e fortuna-

tamente fra tanta moltitudine ci sono tanti valori, tanti medici specializzati che non si riesce proprio a comprendere come non si possa fare assolutamente a meno di qualcuno di noi.

Ammesso come vero, come lo è infatti, questo principio bisognerebbe senz'altro disporre in conformità nei riguardi degli obblighi militari. E ciò senza eccezione alcuna.

Le eccezioni permettono i giudizî di relatività, che degenerano negli abusi. Oramai non c'è altra via di scampo. Visto che c'è un buon numero di colleghi che non sa rinunciare alle comodità del proprio focolare, non sa rinunciare ai guadagni dell'incrementata professione, bisogna saperli costringere all'adempimento di quel dovere che per altri è già costato disagi e danaro quando non è costato sangue e vita.

La Direzione generale di Sanità militare se vuole, come pare ne abbia l'intenzione, concedere il meritato riposo ai colleghi che fin dall'inizio delle ostilità prestano servizio nella zona di guerra e disporre di una congrua quantità di personale per dare il cambio a quelli che della guerra hanno sentito il maggior peso, deve avere il coraggio di andare fino in fondo, battere quella via che i fatti hanno dimostrato l'unica capace di condurre alla meta.

Il Decreto del dicembre 1917 deve essere sostituito da un altro col seguente articolo unico: *tutti i medici appartenenti alle classi richiamate alle armi, siano o non idonei alle fatiche di guerra, e senza eccezione alcuna, devono prestare servizio in zona di guerra per lo meno per un anno.*

I fatti oramai hanno dimostrato che solo con questa semplice disposizione si può raggiungere l'equità e la giustizia che da circa tre anni si invocano.

PANGLOSS.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'autonomia dei servizi sanitari.

All'on. Sanarelli il ministro della guerra, gen. Alfieri, ha così risposto:

« Non posso in verità consentire nell'affermazione che gravi e notorî inconvenienti si vadano verificando alla nostra fronte per difettosa organizzazione del servizio sanitario e per non adeguato impiego dei presidî sanitari.

Come in genere per tutti i servizi dell'esercito nostro, anche per quello sanitario la preparazione era stata fatta in base al presupposto di tutt'altra guerra: epperò si ebbero inizialmente manchevolezze non lievi e non poche. Ma queste si vennero man mano eliminando, e si conseguirono in tutti i rami dell'attività sanitaria progressivi miglioramenti, sino a raggiungere lo stato di organizzazione e di funzionamento attuali, che possono dirsi veramente soddisfacenti, sia in rapporto all'igiene delle truppe e delle popolazioni, sia per quanto si riferisce alla raccolta, al ricovero, all'assistenza, alla cura, ai trasporti dei feriti ed ammalati.

Migliorata la distribuzione del personale; migliorata e aumentata la dotazione dei materiali; provveduto alla utilizzazione degli specialisti; creati i reparti di specialità, le commissioni e sezioni ispettive per la profilassi, le commissioni e giunte sanitarie per i controlli, le unità ospedaliere speciali per gli infettivi, i convalescenziari, il servizio sanitario per gli operai, e altre minori provvidenze che sarebbe troppo lungo enumerare — si è pervenuti insomma ad una organizzazione e ad un funzionamento che, come dicevo, sono veramente soddisfacenti e che concordemente sono stati lodati dalle autorevolissime personalità tecniche — anche dei paesi alleati — e dalle varie commissioni sanitarie militari che ebbero a visitare la nostra fronte.

Non intendo certamente affermare che talune imperfezioni, specie dopo il ripiegamento della fine ottobre scorso anno, non sussistano tuttora: ma esse sono da considerarsi quasi inevitabili, quando si pensi alle aspre difficoltà di ogni natura tra le quali il servizio sanitario deve svolgersi. Le Intendenze del resto ne hanno piena nozione e procurano di ripararvi con ogni possibile accorgimento.

Ciò stabilito in linea di fatto, soggiungo che non vedrei quali vantaggi potrebbero praticamente derivare da una disposizione che togliesse alle Intendenze la responsabilità dei servizi sanitari per affidarla ad una direzione sanitaria unica per tutto l'esercito mobilitato. Che se questa potrebbe riunire in sè ogni maggiore competenza per la parte tecnica, non altrettanto, anzi il contrario si verificherebbe per la parte logistica, e specialmente per quanto riguarda la situazione reciproca dei vari servizi e la necessaria coordinazione tra di essi e con le operazioni militari in preparazione od in corso.

Ritengo quindi che innovazioni radicali, come quella proposta, non siano necessarie nè convenienti; pur dovendosi tendere — secondo già fanno con ogni impegno l'Intendenza Generale e le Intendenze d'Armata — a tutti quegli ulteriori perfezionamenti che si dimostrino praticamente possibili ».

Per l'equiparazione del Corpo sanitario militare alle armi combattenti.

Alla interrogazione dell'on. Sanarelli per l'equiparazione dei medici militari agli ufficiali delle armi combattenti, il Ministro della Guerra ha così risposto:

«Il corpo sanitario militare è stato oggetto di particolari cure e non può dirsi che esso si trovi in una condizione di disagio morale e materiale. I limiti di anzianità per l'iscrizione sul quadro di avanzamento normale sono alquanto più arretrati, nel complesso, di quelli per le armi combattenti, ma ciò dipende da ragioni di organico; dove queste non lo hanno impedito, i limiti si sono abbassati, tanto che, ad es., nel grado di maggiore il limite pei medici è più basso di quello fissato per la fanteria. I limiti d'anzianità per l'avanzamento a scelta sono pressochè uguali pei medici e per le armi combattenti, ed anzi pel grado di capitano sono notevolmente a favore del corpo sanitario.

Quanto agli ufficiali di complemento, è da considerarsi anzitutto che la loro nomina è regolata in base ai titoli posseduti, vantaggio non indifferente di fronte agli ufficiali di armi combattenti, che debbono percorrere i vari gradi della gerarchia. È poi da considerare che, pur prescindendo dalle promozioni speciali riservate a coloro che eccellono, tutti quelli che se ne dimostrano meritevoli pel buon servizio prestato possono avere — per l'art. 5 Decreto Luogotenenziale 20 novembre 1916, n. 1 — altre successive promozioni oltre quella consentita dalle disposizioni in vigore.

Infine, se non è possibile equiparare a tutti gli effetti gli ufficiali del corpo sanitario militare a quello delle armi combattenti, questo Ministero con l'art. 6 del Decreto Luogotenenziale 17 gennaio 1918, n. 62, è stato autorizzato per la durata della guerra ad effettuare le promozioni degli ufficiali in congedo delle armi combattenti e del corpo sanitario, che abbiano appartenuto od appartengano ai comandi e reparti mobilitati, contemporaneamente a quelle degli ufficiali del corrispondente ruolo in servizio attivo permanente di eguale anzianità di grado».

Per gli studenti del 5° e 6° anno di medicina.

All'on. Schiavone il Ministro della guerra, generale Alfieri, ha così risposto:

«I provvedimenti adottati per gli studenti in medicina rispondono esclusivamente e completamente alle reali esigenze del momento, esigenze che sono senza alcun dubbio d'indole prevalentemente militare.

Il Comando supremo prima di emanare disposizioni in merito, ha preso accordi con questo Ministero e quello della Pubblica Istruzione e nello scambio di idee avuto al riguardo si è convenuto:

1. che non era necessario aumentare il numero dei militari per l'esercito mobilitato ricorrendo a provvedimenti di eccezione come negli anni decorsi, cosicchè per i militari del 5° e 6° anno di medicina, cioè per tutti gli aspiranti medici, non era il caso di usare un trattamento differente da quello fatto a militari studenti inscritti alle altre facoltà;

2. che era utile poter avere disponibili pel servizio sanitario tutti gli aspiranti in parola anche nel periodo invernale, in vista delle continue riduzioni che si devono applicare a quel servizio a favore dei reparti combattenti;

3. che era necessario, in considerazione della imprevedibile durata della guerra, aumentare per i futuri bisogni il numero degli aspiranti medici, facilitando convenientemente il conseguimento di tale grado ai militari studenti iscritti al 3° o 4° anno di medicina e chirurgia».

Esame di laurea a studenti di medicina militari.

All'on. La Lumia il ministro della guerra, generale Alfieri, ha così risposto:

«Il Ministero della guerra ha preso accordi col Comando supremo per facilitare il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia ai militari studenti del sesto anno, ed il Comando suddetto ha comunicato il suo nulla osta perchè i militari di sanità studenti del sesto anno, che hanno già dato tutti gli esami speciali, siano autorizzati a presentarsi agli esami di laurea. Tale facilitazione sarà effettuata facendo fruire ai militari di cui trattasi, durante il periodo delle prossime sessioni di esami, licenze ordinarie e straordinarie che sono previste nel novero di quelle speciali per esami.

Analogo provvedimento sarà adottato per i militari di sanità laureandi in medicina che si trovano in zona territoriale».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7177) *Aumenti sessennali.* — Dott. A. S. da M. di P. — Stando alla disposizione transitoria contenuta nel regolamento sanitario del 1908 che stabiliva un *jus speciale* pei soli medici in servizio da oltre sei anni, Ella acquistava diritto al primo aumento sessennale nel 5 novembre 1914. In detto Regolamento nulla si stabiliva circa la retroattività a favore di tutti i medici della disposizione in esso contenuta relativa al sessennio, nè Ella in quell'epoca aveva alcun diritto acquisito da far valere perchè contava appena tre anni di servizio, insufficienti per il sessennio. Al secondo sessennio, come ha rilevato codesto R. Commissario, si matura il 5 novembre 1920.

(7178) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abb. 4408. — In virtù dell'articolo 5 del D. L. del 14 febbraio 1918, n. 196, non ha diritto alla indennità caro-viveri a carico del Comune, ma percepirà l'indennità di lire 29 mensili lorde a carico del bilancio della Amministrazione della guerra. I Comuni sono obbligati, in virtù del R. D. del 10 febbraio 1918, n. 107, ad aumentare gli stipendii agli impiegati da essi dipendenti, ma non nella stessa misura che lo Stato ha serbato per i suoi funzionarii. Essi sono liberi di concedere quello aumento che ritengono equo e rispondente nella attualità del momento, purchè, però, non sorpassino, in ogni caso, l'aumento già decretato a favore degli impiegati civili dello Stato.

(7179) *Esoneri e dispense dal servizio militare.* — Dott. abb. 4012. — La lettera *b* dell'articolo 1° del

D. L. del 9 dicembre 1917 si riferisce ai sanitarii in genere che appartengono alla milizia territoriale e che si trovino compresi in speciali elenchi che di volta in volta pubblica il Ministero della guerra. In detti elenchi non figura il medico condotto.

(7180) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. N. da B. S. — Se i due Comuni, presso cui presta simultaneo servizio, sono riuniti in legale consorzio, ha ragione la G. P. A. nel dire che non Le compete la indennità caro-viveri perchè Ella è, in tal caso, alla dipendenza di un medico ente, che è il consorzio, e lo stipendio, che Le viene corrisposto, sia anche separatamente dai singoli Comuni, rappresenta il compenso che Ella percepisce per un'unica condotta. Che se i Comuni non sono consorziati, Ella ha diritto a percepire un'unica indennità, che sarà ripartita fra le due amministrazioni in proporzione dello stipendio che ognuna di esse Le corrisponde.

(7181) *Congedo annuale.* — Dott. G. B. V. da P. V. — Al medico che non usufruisce del congedo annuale per le necessità di servizio imposte dall'attuale momento, non compete indennizzo per la spesa che il Comune risparmia per la supplenza, giacchè il rifiuto del congedo fu, in ogni caso, imposto da esigenze di interesse pubblico.

(7182) *Esonero dei medici condotti.* — Dott. V. G. da V. — Non avendo gli elementi necessarii non possiamo dare giudizio adeguato sulla decisione presa dalla Commissione degli esoneri per cui è stato, a preferenza di Lei, dispensato dal servizio il libero esercente appartenente a classe più giovane.

Il decreto del dicembre ultimo non ammette gravame contro le decisioni della predetta Commissione, e. perciò, nel caso suo, non potremmo consigliarla a ricorrere ad altra superiore autorità. Pel caso però che la proposta definitiva non sia stata ancora trasmessa al superiore Ministero, provi a far pervenire al prefetto, che è presidente di quella Commissione, un foglio illustrativo delle condizioni locali e della convenienza, nello interesse dell'importante servizio di cura e di assistenza pei poveri, che Lei rimanga al suo posto.

(7183) *Impiegati di Opere Pie.* — Dott. abb. 625. — Non ostante qualsiasi disposizione regolamentare o di Statuto non può negarsi che il medico, che serve un ospedale alla dipendenza della Congregazione di Carità, sia un impiegato tecnico dell'Opera Pia e che, come tale, debba usufruire di tutti i vantaggi che a detta classe di funzionarii sono attribuiti da speciali deliberazioni. Ella, quindi, a nostro avviso, ha diritto al sessennio come lo hanno gli altri impiegati. Non ha diritto alla indennità caro-viveri nè agli aumenti prescritti da recente Decreto Luogotenenziale, perchè le relative disposizioni non si applicano agli impiegati delle Opere Pie.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al dott. E. P. da V.:

È poco probabile, data l'anzianità della sua classe, che Ella sia per essere inviato in zona di guerra.

Verrà quindi, se richiamato, impiegato in zona territoriale.

Il grado che le spetta, avendo compiuti 20 anni di laurea, è quello di capitano.

Non vi sono indennità speciali per le classi più anziane.

All'abb. n. 4322:

Per speciali contingenze di servizio può avvenire. Però in genere gli ufficiali già avvicendati non vengono rimobilitati.

Al prof. E. P. da V.:

Non è possibile rispondere al quesito.

Per informazioni sui medici prigionieri è bene rivolgersi alla Commissione apposita della Croce Rossa, Piazza Montecitorio, Roma.

All'abb. n. 2123:

Data la sua anzianità ha diritto all'iscrizione sul quadro di avanzamento, ma deve essere proposto in base all'art. 5 della circ. 752 R. M. 1916.

Non vi è quindi bisogno dello stato di servizio da Lei richiesto e non ottenuto dalla Direzione di Sanità del 14° Corpo d'Armata.

Al dott. G. B. da B.:

Data la poca anzianità della Sua classe Ella potrebbe far domanda di sostituire in condotta i medici richiamati, solo se dichiarato inabile ai servizi mobilitati.

Al dott. S. P. da S.:

Anche appartenendo alla classe del '72, se non gli viene confermato l'esonero dovrà rispondere alla chiamata.

Avendo più di 15 anni di *esercizio professionale* Le spetta il grado di capitano e potrà farne domanda allegando i titoli (documenti che comprovino tale esercizio professionale) diretta al Ministero della Guerra pel tramite della Sua Direzione di Sanità, o del Comando di Distretto.

È probabile che venga lasciato in zona territoriale.

All'abb. n. 7421:

Ha diritto alla promozione per la sua anzianità. Dovrà essere proposto con regolare *specchio* dal Comando dal quale dipende.

All'abb. n. 5013:

Solo una condanna a pena infamante precluderebbe la via ad esser nominato ufficiale. La rivisita dei medici riformati della classe 1874 è possibile e probabile.

All'abb. n. 3921:

Se dichiarato inabile ai servizi mobilitati potrà restare a prestar servizio nel suo corpo d'armata territoriale. Circa però il paese dove dovrà compiere il servizio ed il genere di servizio deciderà il Direttore di Sanità territoriale a cui potrà esporre il suo desiderio.

Al dott. F. G. da A.:

Le promozioni oltre il grado di capitano secondo la circolare n. 734 G. M. 1916, sono date soltanto in base a titoli accademici o equiparabili ad essi.

Ella non si trova in tali condizioni, nè può d'altra parte avanzare per anzianità appartenendo al ruolo di complemento e non alla riserva.

Al dott. Alfa:

Vige sempre la prescrizione della inabilità, nei medici delle classi '82 e '83 che debbono sostituire i colleghi cui fu tolto l'esonero. Trovandosi nelle condizioni prescritte occorre darsi in nota all'Intendenza Generale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ufficiali americani della Croce Rossa decorati in Italia.

Nei giorni di novembre e dicembre scorsi, quando gli attacchi austriaci sul Piave si susseguivano veementi senza tregua, tre ufficiali della Croce Rossa Americana si portavano in differenti punti del fronte, sempre in prima linea, dove il pericolo era maggiore, recando parole fervide d'entusiasmo ai prodi nostri soldati che resistevano tenacemente. Sotto gli intensi bombardamenti aerei di fine dicembre in Padova, questi ufficiali ebbero a svolgere opera altamente benemerita e pietosa, accorrendo sempre dove maggiormente la rabbia austriaca faceva innocenti vittime.

Il generale Diaz, a cognizione di ciò, volle dimostrare quanto apprezzava il contegno di questi bravi ufficiali della grande nazione alleata, conferendo loro la medaglia d'argento al valore militare. Essi sono i signori: maggiore Guy Lowell, capitano Charles Carroll of Carrolton, capitano dottore Blakinston Wilkins.

R. Accademia Medica di Roma.

In una delle ultime sedute ha avuto luogo l'elezione di quindici nuovi Accademici corrispondenti nazionali.

Risultarono eletti i professori: Rinaldo Marchesini, per l'istologia; Giuseppe Amantea e Ugo Lombroso, per la fisiologia; Francesco Fulci, per l'anatomia patologica; Ugo Cerletti e Francesco Giannulli, per la psichiatria; Giovanni Galli e Vincenzo Giudiceandrea, per la patologia speciale medica; Luigi Panichi, per la patologia generale; Leonardo Dominici, per la patologia speciale chirurgica; Luigi M. Spolverini, per la pediatria; Orso Mario Corbino, per la fisica medica; Primo Dorello, per l'anatomia; Gioacchino Fumarola, per la neuropatologia; Guglielmo Bilancioni, per la otorinolaringoiatria.

NOTIZIE DIVERSE

Il I Congresso Nazionale dei mutilati di guerra.

Il 10 corr., al Campidoglio, nella sala degli Orazi e Curiazi, venne inaugurato il I Congresso Nazionale dell'Associazione fra mutilati e invalidi di guerra. Era largamente rappresentato il Governo; intervennero alla cerimonia anche le rappresentanze della Camera e del Senato, altre autorità civili e militari e spiccate personalità.

L'avvenimento assumeva particolare importanza e significazione per l'intervento della rappresentanza di tutte le sezioni d'Italia del benemerito sodalizio, il quale in meno di un anno ha saputo affermarsi degnamente, contribuendo in modo efficace alla risoluzione dei complessi problemi riguardanti gli invalidi di guerra e la tutela dei loro interessi particolari.

Alla solenne cerimonia inaugurale parlarono l'assessore comunale Di Benedetto, il capitano Dall'Ara, mutilato, i sottosegretari Bonicelli e Montanari.

Nelle sedute successive il Congresso s'intrattenne su importanti questioni riflettenti l'organizzazione interna dell'Associazione e provvide alla approvazione degli Statuti definitivi ed alla nomina del nuovo Comitato Centrale.

Formò oggetto di discussione anche la complessa materia delle pensioni e di tutte le assistenze e provvidenze sociali a favore degli invalidi, degli orfani e delle famiglie dei caduti.

Conferenza interalleata di chirurgia.

È stata tenuta in questi giorni a Parigi. I lavori della conferenza vennero inaugurati dal sottosegretario di Stato per la sanità militare, on. Nourier, che ha rilevato i risultati pratici della collaborazione tra i chirurgi delle potenze alleate.

La causa di servizio nelle malattie contratte al fronte.

Sciogliendo una promessa fatta nell'ultima seduta della Camera, l'onorevole Bissolati ha preparato un decreto di prossima pubblicazione, per integrare e spiegare il decreto L. T. 2 settembre 1917, n. 5583, interpretato sinora troppo restrittivamente dalla autorità sanitaria militare. Secondo questo negli accidenti e nelle malattie, che hanno origine nella zona di guerra, dovrà d'ora in poi a tutti gli effetti della pensione, salvo il dolo, essere sempre riconosciuta l'occasione di servizio senza bisogno di ulteriore accertamento sanitario.

Il provvedimento necessario ed urgente non solo evita lunghissimi accertamenti che finora ritardavano la liquidazione delle pensioni ma risponde a quel senso di equanimità e di giustizia che era nella coscienza nazionale.

L'Unione dei Medici per la resistenza nazionale e contro i disfattisti.

L'Unione dei Medici e l'Associazione Sanitaria hanno diramato ai medici aderenti una circolare che dice:

« Mentre al fronte i nostri soldati si immolano per difendere il sacro suolo della Patria e tutta la nazione si raccoglie in attesa del più solenne momento della sua storia, al Congresso di Londra due rappresentanti del Partito socialista italiano propugnano la resa a discrezione al nemico, e con essa il disonore, la servitù della Patria. Di questi due rappresentanti uno è, o colleghi degli Istituti ospitalieri, il vostro presidente, dott. Schiavi. Se la vostra fede di italiani non è un vano nome, il dovere vi impone una misura grave, penosa, ma necessaria: per il vostro decoro, per il vostro amore nella salute del paese, occorre sconfessare questo uomo, bisogna disconoscerne l'autorità, affermare coi fatti che nessuna tolleranza è possibile verso i nemici della Patria, senza diventare loro complici ».

Si è tenuta al riguardo una riunione di cui daremo notizia.

Restituzione di prigionieri.

L'11 corr. un treno della Croce Rossa Svizzera ha recato in Italia 310 prigionieri invalidi restituiti dall'Austria.

Per l'estensione della risicoltura.

Un Decreto Luogotenenziale 21 febbraio 1918, n. 266, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* dell'8 marzo 1918, sull'estensione e sull'incoraggiamento all'impianto di risaie, dispone che temporaneamente, finchè perduri il bisogno d'intensificare la produzione dei cereali, è data facoltà al Ministro di agricoltura, sentita una Commissione composta dei Direttori Generali della Sanità pubblica, dell'agricoltura e dei consumi, dell'Ispettore generale del bonificamento agrario, o dei loro delegati, e di un esperto in risicoltura, di permettere l'estensione delle risaie esistenti e l'impianto di nuove risaie, anche in deroga delle leggi e dei regolamenti vigenti per la risicoltura.

Sono stabiliti dei premi per le risaie coltivate con trapianto. Per provvedere al pagamento dei premi è stanziata la somma di lire 100.000.

Scuole per infermiere professioniste.

Il prof. G. Ferreri propone, nel «Messaggero» del 7 marzo corr., l'istituzione di scuole statali per infermiere, affidate alle facoltà di medicina, sull'esempio delle scuole per levatrici, allo scopo di migliorare l'assistenza agli infermi negli ospedali, la quale ora presenta troppe deficienze.

È morto, in età di 72 anni, il tenente generale medico comm. PIETRO IMBRIACO.

Resse a lungo l'Ispettorato di Sanità Militare, portando nell'alto ufficio il contributo di una fervida attività e di una sicura competenza. Lasciò la carica nel 1910, avendo raggiunto i limiti di età.

Fu anche per molti anni insegnante alla Scuola di applicazione di sanità militare a Firenze.

Si era laureato a 21 anni. Aveva conseguite le libere docenze in traumatologia ed in medicina operatoria.

Chirurgo provetto, lascia pregevoli pubblicazioni di chirurgia militare, alcune delle quali consegnate nel nostro periodico: esse attestano la sua alacre attività scientifica; vennero accolte tutte con molto plauso.

Uomo probo, seppe farsi benvolere e stimare.

Da tempo il male lo costringeva a letto. Si è spento nel suo paese natale, Foria di Centola (in provincia di Caserta) dove soleva ormai trascorrere la maggior parte dell'anno. L. P.

È morto a 70 anni il prof. CARLO RUATA, che da 35 anni insegnava materia medica e farmacologia nell'Università libera di Perugia.

Era nato in quel di Cuneo.

Attraverso l'insegnamento elementare e delle lingue straniere, la condotta medica, la libera docenza e il perfezionamento all'estero, presso Lister, raggiunse la cattedra universitaria, vinta per concorso grazie specialmente alla sua «Farmacopea Italiana», opera di molto valore.

La sua notorietà fu specialmente determinata dall'ardente e tenace campagna che egli ha condotto contro la vaccinazione jenneriana: campagna convalidata da statistiche, esperienze, inchieste e dati d'ogni genere.

Presiedeva la Società internazionale antivaccinica.

Fondò il periodico «La salute pubblica» col quale mirava specialmente ad innalzare il livello sociale dei medici condotti. Ebbe molta parte nel promuovere la Cassa pensione per i medici condotti ed il «Collegio convitto» di Perugia.

Fu un carattere leale e indipendente.

B. R.

Nello scorso gennaio, profugo da Agordo (Belluno), dove aveva esercitato con scienza e con cuore la sua professione di medico, moriva a Quarto al Mare il dott. NICOLO' BORTOLOTTI, nell'età di 71 anni.

Nato nel 1846 a Zoppè nel Cadore e laureatosi a Padova nel 1871, fu per 40 anni medico condotto successivamente nei Comuni di Forno Canale, Agordo, Taibon e Lavalle. E dovunque lasciò larga eredità di affetti per la rettitudine antica dell'animo suo, per l'amore indefesso allo studio, per la scrupolosa coscienziosità nella pratica professionale. Profondamente liberale e patriota, combattè anche come cittadino contro ogni forma di soprusi; l'ultima sua manifestazione pubblica fu l'adesione alla protesta di altri colleghi contro il Consiglio dell'Ordine di Belluno, il quale non fu abbastanza severo contro il contegno disfattista del dep. Brunelli. Un'acuta broncopolmonite lo trasse in pochi giorni alla tomba; ma certo la sua morte fu affrettata dal dolore dell'inaspettato esilio, di cui avrebbe ben meritato di salutare la fine.

Sia onore alla sua memoria!

Dott. L. ALPAGO-NOVELLO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. Roma, 24 marzo 1918 Fasc. 12.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Breve nota sul materiale di medicazione.

Prof. Senatore GIACOMO FILIPPO NOVARO, direttore della R. Clinica chirurgica di Genova.

In vista del sempre crescente prezzo del materiale di medicazione ci incombe l'obbligo di studiare se non vi sia modo di ridurne l'uso, e di sostituirvi altri mezzi egualmente rispondenti allo scopo e meno costosi.

Tenendo presenti i risultati degli esperimenti dello Preobraxenski, che tutti possono ripetere, a me non pare difficile arrivare ad una economica riduzione del materiale di medicazione, che attualmente si usa, e del quale bene spesso si abusa.

Dagli esperimenti del Preobraxenski, risulta in modo evidente che la qualità indispensabile per un buon materiale di medicazione è la idrofilità. Imperocchè ammesso che i batterî patogeni agiscano per i veleni che essi producono, primo scopo, a cui deve mirare il chirurgo, è quello di allontanare dalle ferite questi veleni.

E ciò si ottiene applicando nei recessi delle ferite irregolari e profonde e sulle ferite superficiali un materiale assorbente, che porti all'esterno i secreti che si versano nelle ferite, e che altrimenti altererebbero i tessuti sani, ed assorbiti intossicherebbero l'organismo intero.

E mi pare utile ricordare che l'azione assorbente del materiale idrofilo, dovuta alla porosità e capillarità del medesimo, viene favorita dalla evaporazione che si fa alla superficie della medicazione, quando questa non sia coperta da materiale impermeabile, e che questa evaporazione sarà anche maggiore se la medicazione si manterrà umida, bagnandola ogni tanto con acqua bollita.

Dico acqua bollita, ossia sterile, per non portare con essa altri batterî patogeni sulla ferita, sebbene dagli esperimenti del Preobraxenski risulti chiaro che, anche mettendo sopra una ferita recente batterî patogeni, pure si ottiene guarigione per *primam*, quando la ferita inquinata sia coperta con materiale idrofilo, senza che l'aggiunta di un foglio di guttaperca impedisca che da essa avvenga evaporazione dei secreti aspirati e condotti fino alla superficie esterna della medicazione.

D'altronde è noto che nelle ferite da operazioni fatte con tutte le regole della asepsi, e che guariscono di prima intenzione senza una goccia di pus, si trovano spesso piogeni, quali lo stafilococco aureo e lo streptococco.

Di questo fatto ebbi modo di convincermi diverse volte, facendo fare colture colla parte centrale dei fili di sutura presi 3-6-8 giorni dopo che erano stati applicati.

Del resto è evidente che per quanto si faccia, non è possibile rendere completamente sterile la cute del campo su cui si opera.

Ma si sa del pari che l'organismo ha in sè più o meno abbondanti mezzi di protezione contro i batterî patogeni, e che, perchè questi possano moltiplicarsi, debbono trovare un terreno propizio. E siccome un terreno propizio è loro fornito dal sangue stravasato, così si consiglia di curare sempre scrupolosamente l'emostasi, e di mettere e lasciare in sito per due o tre giorni un drenaggio capillare là dove non riesca possibile arrestare ogni emorragia a nappo. In tali casi, quando la ferita non sia anfrattuosa e profonda, si ottiene lo stesso scopo mettendo punti di sutura radi, sì chè il sangue possa fuoriuscire fra un punto e l'altro e venire assorbito dal soprastante materiale di medicazione idrofilo.

Ho detto: purchè la ferita non sia anfrattuosa e profonda; ma bisogna aggiunga che per lo più con suture profonde si possono fare sparire tutte le anfrattuosità, tutti gli spazi morti dove si potrebbe raccogliere sangue, e ridurre la profondità delle ferite in guisa dá rendere superfluo ogni drenaggio.

Da quanto precede si capisce perchè nella mia prelezione « Sulla medicazione delle ferite da arma da fuoco », pubblicata sul *Giornale di Medicina Militare*, fascicolo di febbraio ultimo, io abbia detto che la parte fondamentale del metodo Carrel consista nella scrupolosa pulizia delle ferite, e che la garza idrofila che si adopera sia possibilmente sterilizzata, e che quando si voglia restringere le fatte incisioni con punti di sutura, è bene che questi siano radi.

Conseguentemente il materiale di medicazione veramente indispensabile è la garza idrofila, o altro materiale che abbia le stesse qualità fisiche.

Considerando che il prezzo della garza idrofila dal 1914 al 1918 è sestuplicato, che quello del cotone idrofilo da lire 1,53 al kg. è arrivato a lire 10,50, e quello del cotone greggio da 1,70 al kg. è salito a lire 8, e che una benda di garza di 5×10 che prima costava 9 centesimi e mezzo oggi costa 70 centesimi, io vengo alla conclusione che non solo è necessario fare senza del cotone idrofilo e del cotone greggio, ma che è pure mestieri economizzare l'uso della garza idrofila, e di cercare di ritornare alle bende fatte con tela usata.

Per ridurre il consumo della garza idrofila occorre esperimentare se sacchetti di garza lassamente ripieni di cenere, già usati dai Giapponesi durante la guerra di Manciuria, di segatura di legno lavata ed essiccata, di torba ridotta in polvere e torrefatta, già sperimentati parecchi anni addietro in Germania, siano sufficientemente assorbenti, facilmente provvedibili nel numero voluto e con poca spesa.

Là dove si ritiene necessaria una medicazione caldo-umida, si potrebbero esperimentare foglie di fuco marino essiccate e avvolte in un semplice foglio di garza, opporre le antiche filacciche di tela usata e di cordami usati e sfilacciati, le une e gli altri preventivamente digrassati per essere resi idrofili.

Queste filacciche così preparate potrebbero, sterilizzate, servire anche per le medicazioni asciutte invece della garza idrofila; probabilmente queste si possono avere nella quantità occorrente con più facilità e con minore spesa che i sacchetti di cenere, torba, segatura di legno.

Quando si credesse fare uso di cuscinetti per imbottire doccie o preservare parti minacciate da piaghe da decubito, si potrebbe ricorrere alla pula di riso o di avena, già usate largamente dal barone Larrey, oppure alla crusca.

Alcuni però per immobilizzare gli arti fratturati o aventi lesioni articolari, usano le fasciature amidate o al silicato di potassio per le quali si richiede una imbottitura di cotone;

ma io credo che ormai tutti i chirurghi siano d'accordo nel riconoscere che le migliori fasciature immobilizzanti si fanno col gesso, e che nelle fasciature gessate, non solo non si richiede una ricca imbottitura, ma che se in esse si usa questa imbottitura, la fasciatura non è immobilizzante. Come i giri di benda gessata consolidandosi non si restringono, così basta rivestire la parte con una calza di cotone chiamata *jersey* in francese.

Nota dei prezzi pagati dalla spettabile amministrazione degli Ospedali civili di Genova:

	1914		1918
Garza idrofila 7/5/75 . . .	L. 0.08	al metro	0.47
Cotone idrofilo	„ 1.53	„ kg.	10.50
Cotone greggio	„ 1.70	„ „	8 —
Bende garza 10/9 base 5 × 10	„ 0.095		0.70

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Gli itteri picrici e metodo di riconoscerli.

SCALA ALBERTO.

Sugli itteri picrici molto si è scritto e si è discusso, durante la guerra attuale, sia per accertare se l'ittero abbia veramente origine epatica, sia per accertare la tecnica e le reazioni che devono servire per l'identificazione dell'acido picrico e del suo derivato picramico.

Il primo punto non è stato interamente risoluto; perchè molti sostengono che l'acido picrico non alteri affatto il fegato, colle dosi note per avere un'itterizia, non comparendo mai, nelle orine, pigmenti biliari; altri, invece, sostengono che l'acido picrico provochi sempre un ittero epatico più o meno grave, comparendo talvolta nelle orine i pigmenti biliari, sempre l'urobilina.

Secondo Brulé, Javillier e Baeckeroot (1), la presenza dell'urobilina e l'assenza dei pigmenti biliari costituiscono la formula orinaria più generale degli itteri picrici, la quale formula è quella di tutti gli itteri leggeri, di qualunque origine, ed anche degli itteri catarrali nel periodo di guarigione o di discesa.

Non è improbabile che la verità sia nel mezzo; perchè non si può negare che l'acido picrico, come tossico, disturbi od alteri la cellula epatica e non si può negare, d'altra parte, che l'acido picrico, o meglio il suo derivato picramico, possano espandersi nell'organismo, come fanno altre materie coloranti, e tingerne certe parti più o meno intensamente.

Da ciò consegue che l'acido picrico, a dosi piccole, quali si somministrano per avere un itterо, non induca un'alterazione profonda della cellula epatica, se non in alcuni predisposti o molto sensibili e che quindi raramente si abbiano nell'orina pigmenti biliari, quali si possono avere in intossicazioni più gravi e quale segno vero di un'alterazione del fegato.

Il secondo punto possiamo dire che sia stato risoluto; però nella tecnica delle ricerche e nella valutazione delle reazioni vi è una confusione grandissima. Perchè molti sperimentatori e ricercatori hanno creduto di apportare modificazioni a metodi già esistenti, senza un vero bisogno o di creare metodi nuovi, non sempre accettabili. Per la qual cosa, scopo principale di questa rivista è di mettere un po' d'ordine e di portare un po' di chiarezza dove manca. E il raggiungimento di questo scopo mi è sembrato tanto più interessante quanto maggiore si palesava l'importanza della ricerca e cioè di vera decisione negli itteri simulati, siano assenti o presenti i pigmenti biliari. È vero che la guerra volge al suo termine e che le simulazioni diminuiscono o si evolvono; è vero altresì che i fatti bene assodati rimangono patrimonio scientifico sicuro, da servire in ogni evenienza. Nel caso presente i metodi di estrazione degli acidi picrico e picramico dalle urine e le reazioni sensibilissime e sicure, non prima conosciute, di questi, rimarranno conquista di un periodo di attività scientifica, eccitato dagli avvenimenti guerreschi.

Eliminazione dell'acido picrico. — L'acido picrico, preso a dosi relativamente piccole, da 0,20 ad 1 gm., si elimina interamente trasformato in acido picramico; preso a dosi più elevate, si elimina in parte come acido picrico o picrato ed in parte come acido picramico o picramato. Pecker afferma che i picrati nell'orina sono dieci volte superiori ai picramati; però è lecito di dubitare di questa affermazione, perchè nelle orine degli itterici picrici, e non degli intossicati gravemente, non si ha mai la reazione dell'acido isopurpurico, che è esclusiva dell'acido picrico ed è sempre negativa coll'acido picramico.

È incerto se la riduzione dell'acido picrico nell'organismo si fermi all'acido picramico o progredisca al diaminonitrofenolo o al triaminofenolo ed è incerto altresì se di questi composti si formino i solfoconiugati. È un fatto che anche per piccole ingestioni di acido picrico le orine appariscono sempre colorate in rosso mogano e non diversamente e che l'acido picra-

(1) *Bullet. des Sciences Pharmacolog.* 23, 1916, 129.

mico somministrato ai cani per bocca passa nelle urine apparentemente inalterato (1). È probabile quindi che questa ulteriore riduzione dell'acido picramico nell'organismo sia stata semplicemente supposta, non essendo mai stata constatata da alcuno (2).

Dunque, un ittero picrico ha per carattere essenziale la presenza dell'acido picramico nelle orine e solo, in casi eccezionali, quella dell'acido picrico. Ed è alla ricerca di queste sostanze che devono tendere gli sforzi di tutti coloro, che hanno l'obbligo o lo scopo di svelare se un ittero sia vero o falso, naturalmente in un limite di tempo che non sia superiore a 10 giorni dalla ingestione di acido picrico, altrimenti ogni ricerca diverrebbe inutile.

Proprietà dell'acido picramico o dinitroaminofenolo e delle orine picramiche. — L'acido picramico è poco solubile nell'acqua distillata e nell'acqua contenente acidi minerali in eccesso; più solubile nell'acqua contenente sali e sopratutto fosfati; è solubile nei solventi organici, diversamente dai picramati, che in questi sono interamente insolubili.

Le soluzioni dei sali dell'acido picramico hanno colore rosso intenso, e cioè vanno, a seconda della concentrazione, dal rosso aranciato, rosso granato, rosso sangue fino quasi al nero.

Gli alcali in eccesso alterano i picramati lentamente; l'ammoniaca nell'orina li altera rapidamente e tanto più quanto più elevata è la temperatura, la quantità di alcali e la concentrazione. L'orina prima diviene nerastra poi lascia depositare una materia bruna nella quale passa l'acido picramico trasformato o combinato a qualche sostanza, contenuta nell'orina, in una forma stabilissima (3).

È inesatta la credenza che l'acido picrico in un'orina non alcalina passi, dopo qualche tempo, in acido picramico; perchè lo scrivente ha tenuto due campioni di orina normale, cui era stato aggiunto acido picrico, uno nell'ambiente ordinario, l'altro in termostato a 37° e, dopo un anno, il colorito era passato dal giallo paglia al giallo rossastro e l'acido picrico era inalterato.

(1) Esperienza fatta dalla Commissione, nominata dal Tribunale militare di Roma, per l'accertamento di 21 itteri, e composta dei proff. Lo Monaco, Biginelli e Scala.

Lo scrivente fa notare che egli non fa che riferire, in gran parte, gli studi e le conclusioni della predetta Commissione.

(2) PECKER (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1916, 152) afferma anche che nelle orine dei picrici non si trovano prodotti più ridotti dell'acido picramico.

(3) Comunicazione verbale di Biginelli.

(4)

Le orine picramiche si conservano lungamente inalterate, non già per azione antisettica dell'acido picramico stesso, ma per l'acidità forte di coteste orine.

Non è escluso che orine di colore normale contengano acido picramico, come non è escluso che orine colorate in rosso ne siano affatto esenti.

Le soluzioni di acido picramico cogli alcali si colorano in rosso intenso; cogli acidi in giallo paglia, da confondersi coll'acido picrico.

Separazione degli acidi picrico e picramico dalle orine. — La separazione degli acidi picrico e picramico non è consigliabile che si faccia direttamente dall'orina, sia con solventi liquidi, sia con solventi solidi. Perchè, nel primo caso, si formano emulsioni difficilissime a dissolversi; nel secondo si fissano altre sostanze, contenute normalmente nell'orina o nei medicinali presi per cura, comunicando loro un colore, che può simulare quello dell'acido picramico. Oltreacciò, sì nell'uno che nell'altro caso, è necessario di eliminare ogni sostanza che possa passare nei solventi e alterare o falsare le reazioni degli acidi anzidetti. Poichè, è bene di tener presente, che in ricerche o constatazioni di tal genere non si può ricorrere al metodo classico e rigoroso della separazione della sostanza ricercata e del suo studio fisico e chimico, non avendone quasi mai a disposizione che quantità molto piccole da usarsi in reazioni colorate sensibilissime.

Quindi, la prima cura è di sbarazzare le orine da tutto ciò che può nuocere, trattandole con un precipitante adatto ed in condizioni favorevoli.

100 cmc. di orina si acidificano con qualche goccia di acido solforico diluito e si fanno evaporare in bagnomaria fino ad un terzo; poi si trattano con acetato di piombo neutro 30 % fino a formazione di precipitato, ovvero con circa 5 o 10 cmc. Non è consigliabile l'uso dell'acetato di piombo basico, perchè questo potrebbe precipitare gli acidi picrico e picramico nella forma di picrato o picramato di piombo, una volta il liquido divenuto alcalino. Come non è consigliabile di usare acetato di piombo neutro in orine alcaline, nelle quali si precipiterebbero gli acidi anzidetti, per le stesse ragioni.

Si filtra, si lava il precipitato, raccolto nel filtro, con acqua distillata più volte, poi il filtrato si tratta con alcune goccie di acido solforico diluito per eliminare l'eccesso di piombo, si filtra ancora ed il filtrato si passa in un agitatore a chiavetta, ove si estrae con un solvente appropriato.

I migliori solventi degli acidi picrico e picramico sono: l'etere acetico, l'etere etilico ed il cloroformio e possono essere usati indifferentemente con eguale risultato, purchè si abbia cura che l'acidità libera nel filtrato non sia troppo elevata. Il cloroformio è un solvente meno buono dei primi due; però esso presenta vantaggi non disprezzabili che lo fanno preferire, rimediando al difetto della minore solubilità con estrazioni ripetute.

Se il trattamento con acetato di piombo è stato fatto bene, ovvero se colla precipitazione siano state allontanate tutte le sostanze in soluzione colloidale, nello sbattimento del filtrato col solvente non si ha l'emulsione e quindi il solvente stesso facilmente si separa e si può raccogliere. Questo si filtra per carta, col fine di allontanare tutte le particelle acquose; poi si distilla in apparecchio appropriato fino a che nel recipiente rimangano pochi centimetri cubici. I quali si passano in una capsula di porcellana e si completa l'evaporazione in bagnomaria, avendo cura però che le ultime goccie del solvente si evaporino sul palmo della mano e soffiando. Il residuo si tratta con poca acqua fredda per disciogliere gli acidi picrico e picramico e lasciare indietro qualche cosa che non si scioglie e che pure è colorato in giallo con proprietà diverse dagli acidi anzidetti. Si filtra ed il filtrato si serba per le reazioni.

Reazioni degli acidi picrico e picramico. — Le diverse reazioni fino ad ora proposte si possono dividere in 4 gruppi e cioè in:

1° reazioni di orientazione;
2° reazioni dell'acido picrico;
3° reazioni dell'acido picramico;
4° reazioni comuni all'acido picrico ed al picramico.

Reazioni di orientazione. — Queste reazioni non danno la sicurezza assoluta della presenza o meno degli acidi picrico o picramico nelle orine, sia perchè altre sostanze possono simulare reazioni identiche, sia perchè condizioni variate possono annullarle, sia finalmente perchè sono poco sensibili.

Reazione di Lasausse o di Marchetti (1). — Si eseguisce nel modo seguente:

Le orine, rosso-mogano, si acidificano con acido solforico, per cui esse sbiadiscono e passano al giallo paglia. Si estraggono più volte con cloroformio in un agitatore a chiavetta e le porzioni di cloroformio delle varie estrazioni si passano in un altro agitatore più piccolo ove si trattano con ammoniaca. In presenza di acido picrico o picramico il cloroformio si colora in giallo più o meno aranciato e, sbattendolo poi con acqua, cede a questa la materia colorante formatasi. Perchè tanto i picrati che i picramati sono insolubili nel cloroformio e, invece, solubilissimi nell'acqua.

Il cloroformio può essere sostituito con etere, etere di petrolio o benzina, i quali, una volta separati dall'orina, acidificata, si trattano con un po' di solfato di soda anidro, per fissare le particelle di acqua acide, poi si filtrano e si dibattono con acqua ammoniacale, che si colora in giallo, come è stato detto or ora (Brulé, Javiller e Baeckeroot).

Colorazione della lana. — Si concentra in bagnomaria un volume piuttosto grande di orina, acidificata con acido solforico, e si tratta con alcool. Si filtra; il filtrato si fa evaporare in bagnomaria e si estrae con etere. Nell'estratto etereo, filtrato e privato di tutte le particelle di orina, si immerge un filo od anche un piccolo fiocchetto di lana sgrassata bianca e si fa evaporare il solvente in bagnomaria. La lana, lavata con acqua e sapone, apparisce tinta in giallo o giallo aranciato più o meno carico, in presenza di acido picrico o picramico.

Al procedimento anzidetto è più corretto di sostituire il seguente, per il quale la lana si colora nella soluzione acquosa del residuo lasciato dal solvente, soluzione che è sempre più depurata.

La soluzione eterea o cloroformica si fa evaporare in capsula di porcellana fino a qualche centimetro cubico di residuo, che si manda via scaldando e soffiando. Il residuo si scioglie in poca acqua e si filtra: nel filtrato si immerge la lana per la colorazione. Ordinariamente tra le sostanze lasciate dal solvente ve ne sono alcune colorate ed insolubili nell'acqua che devono essere eliminate per non falsare la reazione, in ispecie quando nelle orine vi siano piccole quantità di acido picrico o suoi derivati.

È sempre consigliabile, allorchè si abbia materiale abbondante, di tingere un pezzetto di lana e metterla in serbo, non già perchè questa sia, come si dice, la prova materiale ed obbiettiva della falsità dell'ittero, ma perchè da essa si possa sempre estrarre la materia colorante, immergendola in una soluzione calda di ammoniaca e sulla soluzione ripetere le reazioni che caratterizzano gli acidi picrico e picramico. La lana quindi ci offre il mezzo di conservare inalterata la sostanza estratta dell'orina, che altrimenti non si conserverebbe o si conserverebbe male.

Si afferma che la colorazione della lana sia

(1) LASAUSSE. *Bullet. Soc. Pharm.* 1915, 22, 327 — MARCHETTI. *Accad. med. fisica fiorentina*, 15 giugno 1916.

ancora nettamente visibile per una diluizione di acido picrico di 1:50000 e forse ancora superiore per l'acido picramico.

Reazione dell'acido picrico. — Per l'acido picrico possediamo una reazione colorata che ha per base la trasformazione dell'acido picrico in acido isopurpurico e sali rispettivi colorati in rosso porpora.

Questa è una reazione esclusiva dell'acido picrico e serve a differenziarlo dall'acido picramico e suoi affini più ridotti.

La reazione si eseguisce nel modo seguente:

Una parte del liquido acquoso, proveniente dalle estrazioni dell'orina sospetta, si ripartisce in piccoli tubi da saggio, al primo dei quali si aggiungono 3 goccie di una soluzione 5% di cianuro di potassio e si scalda all'ebollizione; al secondo si aggiunge una goccia di soda ed il terzo si tiene come tipo per il confronto delle colorazioni. Se la tinta del liquido nel tubo primo è più intensa di quella del secondo è segno evidente che nell'orina vi è acido picrico (1).

Oppure una porzione del liquido si mette in una capsulina di porcellana insieme ad 1 o 2 goccie di soluzione di cianuro di potassio e si scalda in bagnomaria fino a secchezza. In presenza di acido picrico, il residuo piglia una colorazione rosso porpora, la quale, per un esatto apprezzamento, dovrà sempre essere confrontata col colore di una prova in bianco o senza aggiunta di cianuro di potassio.

Questa reazione ha una sensibilità di 1:25000.

Reazione dell'acido picramico. — L'acido picramico differisce dall'acido picrico per un gruppo nitrico sostituito con un gruppo aminico; ovvero l'acido picrico è un trinitrofenolo, l'acido picramico è un mono-aminodinitrofenolo. Perciò ogni reazione che abbia per sede esclusiva l'amino-gruppo è una reazione esclusiva dell'acido picramico e non può essere comune all'acido picrico.

Reazione di Derrien o diazoreazione. — Si eseguisce nel modo seguente: A 2 cmc. di soluzione ove si suppone che si trovi acido picramico, si aggiunge una goccia di acido solforico 25 %, poi due goccie di una soluzione 0,01 % di nitrito di sodio e la mescolanza si scalda in bagnomaria bollente per 1 minuto. Si raffredda rapidamente in acqua corrente e si aggiungono 3 goccie di una soluzione di β-naftolo nell'ammoniaca, satura a freddo e preparata nel momento stesso della reazione. Si aggiungono 3 o 4 cmc. di etere, si sbatte tutto fortemente e si lascia in riposo: l'etere che galleggia apparisce colorato in violetto o rosa, in presenza di acido picramico, in maggiore o minore quantità. Nel caso che l'etere non si colori, è prudente di aggiungere qualche goccia ancora di soluzione di naftolo e di sbattere di nuovo; perchè, il difetto di reattivo può esser causa della mancata colorazione. Con tutto ciò, non si può evitare che la reazione talvolta riesca negativa, anche quando sicuramente sia presente acido picramico; onde Barral l'ha chiamata capricciosa. Però oggi si può dire, per le esperienze di Lombardi verbalmente comunicatemi, che la riuscita o meno della reazione sia in dipendenza della quantità di acido solforico messo in reazione. Perchè la materia colorante che si forma pare che abbia una speciale sensibilità per l'acido solforico; e dal viola passa al giallo, quando la quantità di questo sia troppo grande, relativamente alla quatità di materia colorante formatasi. Difatti, le esperienze che qui sotto trascrivo non sono dubbie:

Soluzione di acido picramico 0,001 in 100 cmc.	Acido solforico 25 % goccie	Nitrato di potassio goccie	Soluz. ammon. satura di β-naftolo goccie	Colorazione dell'etere
1	1	1 soluz. 0,01 %	3	viola intenso
1	1	1 » »	3	» »
1	1	1 soluz. 1 %	3	» »
1	1	10 » »	3	» »
1	2	1 soluz 0,01 %	5	rosso vinoso
1	2	10 » 1 %	5	» »
1	3	1 soluz. 0,01 %	7	giallo rossastro
1	3	1 » 1 %	7	» »
1	5	1 » 0,01 %	11	giallo

Ond'è che per la sicura riuscita della reazione, Lombardi ha proposto di sostituire all'acido solforico l'acido acetico in soluzione 25 %, mantenendo inalterata la proporzione dei reattivi quale è stata sopra indicata. Ed in verità, per tale sostituzione, il risultato è sempre positivo, ogni volta che sia presente acido picramico.

La diazoreazione di Derrien può essere eseguita, anzichè sull'estratto etereo o cloroformico, sull'orina direttamente, con risultato egualmente buono (1).

A 10, 15, 20 cmc. di orina, messi in un tubo da saggio, si aggiungono 2 goccie di una soluzione di nitrito di potassio 1 %, 5 goccie di soluzione di acido solforico 0,5 % ed un pez-

(1) BARRAL. *Annal. des falsific.*, 9, 1916, 240.

(1) PECKER. *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1917.

zettino di carta di tornasole. Si agita e si aggiunge tanta soluzione di β-naftolo nell'ammoniaca 0,925, fino a che la carta di tornasole divenga bleu. L'orina, a questo punto, passa al rosa violaceo e, se si dibatta con 2 o 3 cmc. di etere, cede a questo la materia colorante che lo fa apparire di un bel colore violaceo.

Nel caso che dibattendo l'etere coll'orina si formi una emulsione, si aggiunge qualche goccia di alcool e l'etere si separerà nettamente.

La reazione ha una grandissima sensibilità.

Reazioni comuni agli acidi picrico e picramico. — Molte sono le reazioni proposte ed appartenenti a questo gruppo: scelgo le più importanti, le più pratiche e le più sicure.

Non è consigliabile, come alcuni hanno proposto, di trasformare l'acido picramico in acido picrico e di riferirsi alle reazioni di questo ultimo, perchè, prima di tutto, è dubbio che cotesta trasformazione avvenga, ossidando a freddo con permanganato di potassio, poi perchè le reazioni dell'acido picramico sono sicure quanto quelle dell'acido picrico.

Reazione di Le Mithouard. — E' fondata sulla riduzione dell'acido picrico e dell'acido picramico, mediante il solfato ferroso, in mezzo alcalino e nella formazione di diaminonitrofenolo, che ha un potere colorante fortissimo.

La reazione si eseguisce nel modo seguente:

In un tubo da saggio, di diametro piuttosto stretto, si versa 1 cmc. della soluzione picrica o picramica; si aggiunge mezzo cent. cubico di ammonica e, mediante una pipetta affilata, si fa arrivare al fondo del tubo 1 cmc. circa di reattivo ferroso. Alla superficie di separazione dei due liquidi si ha un anello rosso-ciliegia o rosso-sangue, più o meno intenso, visibile sopratutto allorchè si guardi il tubo su fondo bianco ed a luce riflessa (1).

Questa è una reazione sensibilissima, capace di svelare una parte di acido picrico o picramico in 1.000.000 di parti di acqua. Però non è una reazione specifica, perchè, secondo Ganassini (2), è comune al giallo Martius ed al giallo naftolsolfonico, il quale ultimo serve a colorare le paste da minestra e può quindi trovarsi nelle orine. Non è data, al contrario, da alcuna delle sostanze normali o patologiche che si trovano e si possono trovare nelle orine e nemmeno da alcune sostanze medicamentose, come il rabarbaro, e da alcune sostanze chimiche, come l'anilina e la metafenilendiamina.

(1) Il reattivo ferroso si prepara, sciogliendo in 100 cmc. di acqua distillata gm. 2 di solfato ferroso e gm. 10 di acido tartarico.

(2) *Archivio di Farmacolog. sperim.*, 24, 1917, 289.

Secondo Barral, il reattivo ferroso metterebbe anche in evidenza il triaminofenolo, che è il prodotto di riduzione più avanzato dell'acido picrico e che non dà più la reazione di Le Mithouard. Perchè verso la fine della eliminazione dell'acido picramico dall'organismo si ha, oltre alla zona rosa, una zona inferiore di colore bleu, più o meno intenso, intramezzata da una zona incolore. Però si deve avvertire che cotesta zona bleu, più o meno evidente, si ha anche con orine non picramiche e quindi non ha alcun significato speciale.

Reazione del monoamido-diimido-fenolo. — Questa reazione è la più caratteristica ed è il controllo di tutte le reazioni degli acidi picrico e picramico, fino ad ora proposte. Essa è fondata non già sulla trasformazione dell'acido picrico e derivati in triamidofenolo, ma sulla formazione di un composto ossidato di questo, che poi si condensa e dà prodotti colorati dal bleu violaceo fino al nero.

E' stata proposta per la prima volta da Rodillon (1), il quale ha consigliato di eseguirla nel modo seguente:

Ad alcuni cmc. del liquido ove si suppone che sia l'acido picrico o picramico, si aggiunge acido cloridrico officinale per circa 1/4 del volume ed alcuni pezzettini di zinco. Si aspetta che il liquido sia interamente decolorato dall'idrogeno nascente, poi si decanta in un tubo da saggio e si aggiungono 10 goccie di acqua ossigenata officinale. Si rimescola e si aggiunge ammoniaca stratificandola nella parte superiore: nella superficie di contatto dei due liquidi si forma un anello colorato in bleu violaceo, in presenza degli acidi anzidetti. Agitando, per mescolare i due liquidi, si ha una colorazione violacea in tutta la massa.

Grelot (2) ha modificato la reazione di Rodillon, rendendola più semplice e più spiccia.

Il residuo lasciato dalla evaporazione del cloroformio o dell'etere si scioglie in 2 o 3 cmc. di acido cloridrico; la soluzione si passa in un tubo da saggio e vi si immerge un pezzettino di stagno. Si scalda leggermente e, dopo breve tempo, si ha la decolorazione e la trasformazione dell'acido picrico o picramico in triamidofenolo, combinato col cloruro stannoso. Il liquido incolore si decanta, si diluisce con acqua 10 o 20 volte e si osserva la colorazione che assume il liquido. In presenza di acido picrico o picramico, il liquido si colora in bleu o lilla, perchè il triamidofenolo all'aria si ossida e dà i prodotti colorati detti di sopra. La colorazio-

(1) *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1915, 12, 178.

(2) *Ibidem.*, 1915, 12, 214.

ne si agevola, aggiungendo una o due goccie di soluzione diluita di cloruro ferrico.

Biginelli ha modificato e semplificato ancora la reazione di Rodillon, evitando la diluizione di Grelot, che è causa di apprezzamento non facile della colorazione assunta dal liquido, quando la quantità di acido picrico o picramico siano molto piccole. Perchè egli ha approfittato della proprietà che ha la soluzione, leggermente alcalina, di triamidofenolo di colorarsi in azzurro, per sola agitazione all'aria. L'alcalinità leggera e sufficiente si ha per l'ossido di zinco, che ordinariamente si trova nella polvere di zinco del commercio, fino a raggiungere talvolta la cifra del 10 %, oppure per la idrolisi del zinco stesso e per la formazione dell'ossidoidrato. Egli quindi consiglia di operare nel modo seguente: Un po' del liquido, ove si suppone che sia l'acido picrico o picramico, si mette in un tubo da saggio, insieme ad una piccola quantità di polvere di zinco o di zinco granulato misto ad un po' d'ossido di zinco, e si riscalda all'ebollizione fino a che sia interamente decolorato. Allora si filtra per carta per separare lo zinco in eccesso ed il filtrato si dibatte all'aria per qualche minuto. In queste condizioni, il triamidofenolo si ossida e dà la colorazione bleu o viola, à seconda della quantità degli acidi anzidetti presenti.

Ganassini (1), infine, ha proposto di modificare la reazione di Biginelli complicandola e sostituendo il ferro allo zinco.

Ad 1 cmc. del liquido da esaminare si aggiungono un volume eguale di soluzione 5 % di cloruro d'ammonio, una goccia di ammoniaca, un pizzico di ferro porfirizzato medicinale e si fa bollire fino a decolorazione. Si filtra ed il filtrato si fa bollire ancora per poco: in presenza di composti picrici, il liquido si colora già durante la filtrazione in rosso violaceo per poi passare ad un bel azzurro violaceo per agitazione all'aria, mentre si precipita il ferro in fiocchi rosso-bruni. Lasciando tutto in riposo, per breve tempo, il liquido soprastante all'ossido idrato ha un bel colore azzurro.

La sensibilità di questa reazione, con qualsiasi metodo eseguita, è molto inferiore a quella di Le Mithouard e forse è pari a quella di Derrien.

Reazioni per precipitazione. — Queste reazioni consistono nel provocare la formazione di sostanze insolubili in seno al liquido che contiene acido picrico o picramico e nel constatare la forma o l'aspetto delle sostanze insolubili stesse. Però, quasi tutte hanno una sensibilità minima ed un carattere subiettivo che le rende incerte, anzi pericolose analiticamente (1). Si deve fare una eccezione per il bleu di metilene, il quale pare che sia veramente un reattivo prezioso ed anche molto sensibile. Oltre a ciò, il composto insolubile, che si forma tra la materia colorante e gli acidi picrico e picramico, si scioglie nel cloroformio, diversamente dal bleu di metilene, che in esso è insolubile, e ciò serve a rendere la reazione più evidente ed anche più sicura, sottraendola alle incertezze di una precipitazione minuta, tardiva e che può anche mancare per condizioni speciali del mezzo.

Questa reazione si può eseguire sulle orine direttamente e sulla soluzione delle sostanze estratte da esse.

E, cioè, ad un determinato volume di orina o di soluzione delle sostanze estratte dall'orina, contenuta in un tubo da saggio, si aggiunge un egual volume di soluzione di bleu di metilene 1:50000, oppure una soluzione preparata sciogliendo 25 goccie di soluzione satura di bleu di metilene in 75 cmc. d'acqua. Si rimescola ben bene, si lascia in riposo per un'ora e si osserva se siasi formato un precipitato. In ogni caso, si aggiungono 2 o 3 cmc. di cloroformio, si dibatte fortemente e si lascia in riposo: il cloroformio si colora in verde, in presenza di acido picrico o picramico; non si colora affatto, in assenza. Nel caso che la stessa reazione si voglia applicare al siero di sangue, ove si può trovare acido picrico o picramico, si estraggono una quindicina di goccie di sangue, pungendo il polpastrello del dito pollice od altro e si fanno cadere in un tubo da saggio contenente 3 cmc. di soluzione di cloruro di sodio 9,50 per mille. Si mescola due o tre volte alla distanza di un'ora, per favorire il distacco e la retrazione del coagulo e si lascia in riposo per 24 ore. Si estraggono con una pipetta 1 o 2 cmc. di acqua salata e si opera, per il resto, come è stato detto sopra.

Saladini (2), praticando questa reazione sul siero di sangue di 3 isterici, dopo 12 giorni che nelle orine erano stati constatati derivati picrici, ebbe risultato positivo non dubbio.

Quindi, la reazione con bleu di metilene ha una sensibilità molto grande e forse superiore a quella constatata di 1:25000.

Conclusioni. — Da ciò che è stato esposto, si può concludere:

1° che un ittero picrico si constata con si-

(1) L. c. pag. 293.

(1) MURAT et DURAND. *Iourn. de Pharm. et de Chim.*, 1916, 12.

(2) *Archivio di farmacol.*, 24, 1917, 110.

curezza, sia ricercando l'acido picrico o picramico nell'orina, sia nel siero di sangue dell'itterico;

2° che un giudizio sicuro, per l'acido picrico, si può esprimere solo nel caso che siano positive le reazioni dell'acido isopurpurico, di Le Mithouard e del monoamidodiimidofenolo; per l'acido picramico, nel caso che siano positive le reazioni di Derrien, di Le Mithouard, del monoamidodiimidofenolo e del bleu di metilene. Però tanto per l'acido picrico, quanto per l'acido picramico, caratteristica e sicura è la reazione del monoamidodiimidofenolo;

3° che le reazioni di Le Mithouard, di Derrien e del bleu di metilene possono essere eseguite direttamente sull'orina; mentre le reazioni dell'acido isopurpurico e del monoamidodiimidofenolo devono essere eseguite sulla sostanza estratta all'orina più pura che sia possibile.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Congregazionale di Modena.
REPARTO CHIRURGICO MILITARE
diretto dal prof. Giovanni Marchetti.

Dilatazione aneurismatica della vena femorale immediatamente sopra lo sbocco della vena safena interna simulante un'ernia crurale.

Nota clinica

pel dott. Clemente Marchesi, aiuto.

Nel giugno scorso entrò in questo Reparto chirurgico il soldato M... L..., d'anni 20, con diagnosi di ernia crurale destra.

Gentilizio immune da ernie; ottima salute sempre; l'affezione attuale data, a detta del paziente, da un mese e mezzo.

Al presente le condizioni dei vari organi sono buone; polmoni, apparato cardio-vascolare, sistema nervoso centrale e periferico sani; non soffre di varici esterne visibili.

All'ispezione la cute della regione crurale è normale, non si scorge alcuna tumefazione al disotto ed all'interno della piega inguinale.

La palpazione accurata e leggermente profonda fa rilevare un tumoretto del volume di una nocciuola, liscio, regolare, molle elastico, non pulsatile, che aumenta sotto l'azione di qualche sforzo e che è invece riducibile colla pressione digitale.

È situato al disotto dell'arcata crurale, poco più di un centimetro; l'arteria femorale pulsa subito all'esterno di esso.

Gli svariati e numerosi tessuti compresi nel triangolo di Scarpa offrono difficoltà per una diagnosi precisa.

Non credo si tratti di processi progressivi svoltisi a carico del tessuto cellulare sottocutaneo e aponeurotico perchè la pelle è normale e mobile nell'intera regione.

I numerosi gangli locali, compreso quello di Cloquet, non sono palpabili e non si scorgono lesioni esterne che abbiano potuto determinare un processo infiammatorio di questi.

La mancanza poi di altri gangli tumefatti, vicini o lontani, mi fa escludere il concetto di una affezione specifica o neoplastica.

Non penso ad un'ernia del pettineo perchè la consistenza del tumore non è modificata dalla contrazione muscolare.

Potrebbe trattarsi di un aneurisma arterioso od arterovenoso?

No; perchè manca il carattere espansivo e pulsatile loro proprî ed i commemorativi dell'infermo sono negativi riguardo all'azione di traumi o di ferite in questa regione.

Nel mio malato, come ho detto, il tumore riposa quasi a 2 cm. più in basso dell'anello crurale, e non presenta il tipico peduncolo dell'ernia crurale.

Potrebbe trattarsi nondimeno di un'ernia crurale rara; per esempio, di un'ernia pettinea, che uscita dall'anello crurale si sia infiltrata fra il pettineo e la sua aponeurosi attraverso una smagliatura di questa; ma essa si sviluppa molto in profondità rivestendo tutte le apparenze di un'ernia otturatoria.

Forse un'ernia di Laugier attraverso il legamento di Gimbernat; oppure quella descritta da Hesselbach il cui sacco si prolunga in diverticoli multipli attraverso gli orifici della fascia cribriforme.

Non credo a quella perchè io dovrei seguirne il peduncolo obliquamente all'interno verso la spina del pube; e nemmeno a questa poichè essa è sempre un'ernia molto voluminosa e sempre superficiale.

Scartate le ipotesi suddette faccio il giudizio di un'ectasia della vena safena interna subito al disotto della piega falciforme anche in base ai seguenti dati clinici:

a) per la topografia della regione che corrisponde esattamente all'imbocco della safena nella femorale;

b) per la speciale consistenza molle elastica circoscritta, pseudo riducibile, indolente del tumore;

c) perchè nella stazione eretta comprimendo la vena femorale a monte del tumore variano sensibilmente il suo volume, la sua forma, la sua tensione;

d) perchè nella porzione di Trendelemburg, ad arto destro sollevato, il tumore diminuisce

e dopo qualche minuto quasi scompare alla palpazione.

Il soggetto desidera sottoporsi ad intervento chirurgico.

Cloronarcosi: Incisione longitudinale dei comuni tegumenti.

Per via ottusa isolo, al disotto della piega falciforme di Allan-Burns seguendo il suo breve arco fino all'imbocco della femorale, la safena interna.

Con mia sorpresa essa non mi offre alcuna modificazione nè di calibro, nè di consistenza.

Porto allora il mio dito allo sbocco di essa nella femorale, ed avverto invece un'ectasia di questa, del volume di una nocciuola, molle, liscia a pareti sottili.

Faccio diagnosi di dilatazione aneurismatica ovoidale non trombizzata della vena femorale destra appena sopra lo sbocco in essa della safena; e per accertare maggiormente la diagnosi penso all'espediente di sospendere alcun poco la cloroformizzazione per notare l'effetto di qualche conato sul punto da me trovato anormale. Constato infatti che ogni sforzo che aumenti la tensione venosa si ripercuote in un modo quasi impressionante sul tratto menzionato della vena femorale. Elimino così ogni dubbio sulla possibilità di un'ernia crurale.

Cura. — Come compenso chirurgico penso ad un processo di plastica, che sia atto a fasciare per così dire la porzione aneurismatica della vena ed a rafforzarne le pareti.

Incido allo scopo verticalmente per una lunghezza di 5 cm. la lamina superficiale dell'aponeurosi del pettineo 4 cm. all'interno della loggia linfatica; la scollo dalla sua faccia muscolare, sollevo questa nuova lamina che libero a fondo incidendola perpendicolarmente alle due estremità.

Ho creato così uno sportello aponeurotico ampio e resistente.

Isolo dalla vena l'arteria femorale; sposto questa all'esterno; preparo il margine interno della lamina superficiale della apeoneurosi dello psoas, al quale fisso il lembo aponeurotico del pettineo fatto passare a guisa di ponte dall'interno allo esterno sulla vena femorale ectasica.

Guarigione *per primam.*

Alla distanza di 12 giorni faccio alzare il mio operato e constato subito che gli sforzi sebbene volontariamente moderati che impongo all'infermo non si ripercuotono che in debolissima misura sulla parte operata.

In 16° giorno viene dimesso in condizioni veramente soddisfacenti.

(10).

Ho creduto opportuno illustrare questo caso, per consiglio del prof. Marchetti, chirurgo primario incaricato di questo reparto, poichè la letteratura non ne offre alcuno simile e perchè il processo di plastica descritto risponde bene all'intento di proteggere e rafforzare la parete aneurismatica venosa.

I casi di ectasie venose nella regione crurale che la letteratura descrive si riferiscono tutti a varici della safena interna all'imbocco della femorale, semplici o complicate da trombosi (Cazin, Second, Fromageot, Fowler, Maillard, Camera, Marchetti).

Conoscendo l'esistenza di tali casi, io stesso feci nel mio malato un giudizio simile, ma l'atto operativo modificò radicalmente la diagnosi e di conseguenza l'intervento che invero mi ha risposto nel modo migliore.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sugli stati dissenteriformi osservati in guerra.

Fin dall'inizio della guerra sono stati osservati al fronte numerosi casi di disturbi intestinali di diversa natura. Prima ancora di studiarne bene la patogenesi si sono riunite tutte queste forme sotto il nome generico di *diarrea delle trincee*, quasi che si trattasse di una forma speciale di enterite. Le ricerche consecutive dimostrarono che queste manifestazioni non dovevano ascriversi ad un nuovo tipo morboso, ma che si trattava in realtà di affezioni diverse tra loro, di cui la diarrea costituiva uno dei sintomi più appariscenti. L'espressione di diarrea delle trincee deve quindi venire abolita, per non ingenerare equivoci.

P. Ravaut e G. Krolunitsky, che si occupano di questo argomento (*Revue gén. de Pathologie de guerre*, n. 2), danno il nome di dissenteria o di stato dissenteriforme ad ogni disturbo intestinale serio, che si accompagna a feci liquide abbondanti, talora mucose, sanguinolente, puriformi. Appartengono a queste forme le diarree passeggiere dovute a disordini alimentari o ad influenze meteoriche, le *diarree persistenti*, talora dissenteriformi, di certe malattie ben determinate, e le *dissenterie specifiche* (bacillari, amebiche e simili). Queste forme possono associarsi od accompagnarsi a sintomi inattesi, in modo che ne vengono modificati gli aspetti clinici e batteriologici.

Le *diarree passeggiere* non sempre si distinguono di primo acchito dalle altre: spesso è abbastanza ben riconoscibile l'eziologia, che può

chiarire la situazione. Talora è in causa una intossicazione alimentare, dovuta p. e. a conserve mal preparate, a carne scongelata alterata, a presenza di muffe (*Aspergillus*) nel pane, a birra di cattiva preparazione ecc. Le influenze meteoriche sono talvolta ben manifeste, come p. e. la stagione calda, i salti di temperatura, fattori che determinano la rottura d'equilibrio della flora intestinale e quindi favoriscono le infezioni. Trattasi talvolta di riacutizzazioni del processo morboso in antichi dissenterici in cui non sempre è riconoscibile l'agente specifico; oppure gli accessi coleriformi debbono attribuirsi ad insufficienza surrenale acuta. Le ricerche precise e pazienti diminuiranno il numero di queste forme oscure.

Negli *stati dissenteriformi in rapporto con malattie generali* le ricerche di laboratorio hanno la massima importanza: in generale però il decorso della malattia può portare notevoli schiarimenti per la diagnosi.

Dissenterie specifiche: Lo studio clinico e le nozioni eziologiche possono già mettere sopra una buona strada per la diagnosi, che non può farsi con precisione, altro che con l'esame batteriologico delle feci. Il semplice esame macroscopico di queste può indurre in errore, tanto più nelle forme croniche e larvate in cui le scariche possono anche essere normali.

Per quanto riguarda la dissenteria bacillare, gli AA. ritengono che sia stata abbastanza rara durante questa guerra. Nessun fatto speciale è stato osservato dal punto di vista clinico: spesso la diagnosi ne è difficile per la grande differenza di aspetto, che possono presentare le feci, specialmente nelle forme croniche larvate, che si osservano di preferenza in soldati affaticati. Nemmeno molto agevole riesce la diagnosi batteriologica, in ragione del gran numero di bacilli dissenterici, che, si può dire, ogni giorno vengono scoperti.

In generale essi possono venire ricondotti ai tipi classici, fra cui però il bacillo di Shiga, che si incontra specialmente nelle gravi epidemie è stato raramente isolato. Ancor più arrischiato è il basare la diagnosi sulla siero-agglutinazione, e nel caso vi si ricorra non si dovrà tener conto dei valori bassi, ma solo delle forti diluizioni, altrimenti si viene indotti in errore da agglutinazioni non specifiche. Del resto è accaduto anche che il siero di certi ammalati non agglutinava il bacillo isolato dalle loro feci.

Quanto alla terapia, il siero dissenterico, che pure aveva dato buoni risultati in diverse endemie, è risultato inefficace a molti; ciò deve probabilmente attribuirsi al fatto che entrano in giuoco parecchi tipi di bacilli dissenterici.

Speciale importanza ha assunto la dissenteria amebica, che si può osservare (in Francia) in soldati di tutte le età ed anche nella popolazione civile. La difficoltà della diagnosi consiste soprattutto nel fatto che l'ameba si trova solamente nell'episodio acuto, che dura relativamente poco tempo; il malato continua poi ad essere un portatore eliminando sempre delle cisti, che trasmettono l'infezione.

Assai interessante è l'associazione della dissenteria bacillare con quella amebica nello stesso individuo, fatto di cui gli AA. riportano numerosi casi. Non si può disconoscere l'importanza di questa circostanza, sia dal punto di vista della profilassi, che da quello della terapia.

Meritano poi di essere segnalati alcuni fatti clinici, su cui gli AA. richiamano l'attenzione Essi hanno osservato una forma acutissima della malattia, che colpisce uomini in età relativamente avanzata, e s'accompagna a febbre leggera, singhiozzo, petecchie, ascessi emorragici, essa ha un'evoluzione molto grave ed è probabilmente dovuta ad infezioni secondarie.

Anche nella forma amebica si possono osservare dei segni d'insufficienza surrenale, rapidamente migliorati col trattamento adrenalinico.

Ma più importanti, perchè frequenti e spesso misconosciute, sono le forme larvate, caratterizzate dall'emissione di feci abbondanti, molli, pastose, talvolta mucose. Alcuni ammalati presentano, al contrario, costipazione. Tutti si lamentano di pesantezze all'epigastrio, di coliche al momento della digestione, di debolezza. Alla palpazione si nota la sensibilità del crasso in punti ben definiti, specialmente sul colon iliaco. La ricerca anamnestica ben condotta conduce a dimostrare che tali individui sono stati in contatto con truppe in cui dominava la dissenteria amebica. La diagnosi può venir fatta solo con la ricerca delle cisti ed anche indirettamente con i risultati della terapia emetino-arsenicale. È specialmente in questi ammalati di forme croniche, che si presentano gli ascessi epatici.

Quanto alla terapia delle forme amebiche, l'emetina può dare talvolta degli insuccessi ed in certi casi deprimere gli ammalati e determinare insufficienza cardiaca. Gli AA. hanno ottenuto buoni risultati con il novarseno-benzol, associato o non all'emetina, sia per iniezioni endovenose, sia anche per bocca, in boli di gelatina. Quest'ultimo modo di somministrazione sarebbe conveniente sia per l'azione diretta sulle cisti, sia perchè è possibili in tal modo di

continuare la cura anche fuori dell'ospedale. Il successo della terapia arsenicale, osservato nelle forme acute, come nelle croniche, dipende però dall'essere metodica, abbastanza prolungata ed inspirata alle regole terapeutiche, che sono ormai classiche nella sifilide.

Altre varietà di dissenteria possono venir determinate da spirilli, da protozoi diversi (*Lamblia*, *Trichomonas*), da vermi. Gli spirilli possono costituire delle vere associazioni secondarie, contribuendo ad accusare maggiormente i segni della dissenteria; forme dissenteriche da spironemi sono state osservate fra noi, dal Sangiorgi. La terapia adatta consiste nell'uso dei preparati arsenicali. Nel caso di vermi, specialmente del *Tricocephalus*, si otterranno dei buoni risultati con l'uso del timolo.

***

In complesso, le dissenterie, che si vanno osservando durante questa guerra, hanno assunto spesso un aspetto, che noi non ci attendevamo e ci hanno quindi riserbato delle sorprese. Le infezioni dei paesi caldi si sono potute sviluppare anche nei nostri climi, però modificandosi e deformandosi, mentre d'altra parte le condizioni speciali di vita hanno moltiplicato le possibilità di infezioni. Queste particolari condizioni di vita si sono fatte sentire anche in altre infezioni, come p. e. nella tifoide, per la quale si è potuta dimostrare l'associazione o la successione di infezione da bacillo del tifo e dai paratifi A e B (febbri tifoidi intricate di Chantemesse).

Nella dissenteria l'associazione o la sovrapposizione di infezioni ha messo in rilievo dei fatti inattesi; oltre a quelli già citati, si è rilevata la coesistenza di bacilli dissenterici e di paratifo, specialmente B, oppure di amebe e di colera. Altri disturbi, specialmente le lesioni viscerali, complicano e travisano il quadro clinico che difficilmente può venir definito. Occorre quindi saper trascurare certi fatti ingannatori, che tendono a mascherarlo, ed affermare la diagnosi eziologica solo quando i risultati clinici batteriologici e terapeutici sono d'accordo.

Gli AA. ricordano che il nostro Torti, e più recentemente anche Kelsch e Kiener, avevano descritto sotto il nome di *dissenterie proporzionate* delle affezioni dissenteriche ad evoluzione anomala. La deformazione della malattia è dovuta a vere associazioni morbose, come la tifoide, la malaria, ecc., e non a complicazioni. Quando si attribuiscano a ciascuna malattia i sintomi che le sono particolari è possibile mettere in vista la dissenteria dalle altre affezioni, che, sovrapponendosi, l'avevano sfigurata. Oggi la microbiologia dimostra la coesistenza di tali forme e l'osservazione clinica di guerra conferma l'esistenza delle dissenterie proporzionate.

Nella determinazione della loro natura, la clinica deve essere la prima guida del medico: però per precisare l'origine esatta di fatti in apparenza contradditori occorre rivolgersi al laboratorio. Le risposte di questo debbono per altro venire interpretate e trovarsi d'accordo con le osservazioni cliniche e terapeutiche.

Le discordanze, che si possono presentare fra i metodi d'osservazione, debbono venire apprezzate al loro giusto valore e possono talora acquistare, per il medico chiaroveggente, il valore e l'importanza di un fatto positivo.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Progressi recenti nel trattamento del cancro dell'utero.

(J. H. JACOBSON. *The Journal of the American Medical Assoc.*).

I metodi più efficaci per trattare il cancro uterino sono l'operazione addominale radicale di Wertheim, l'operazione vaginale estesa di Schauta, l'operazione di Percy per carcinoma inoperabile, e la radioterapia, eventualmente combinata alla cura chirurgica.

Per un giusto apprezzamento del valore relativo di questi metodi occorre ricorrere ai metodi statistici nella così detta formula di Winter: posto un certo numero di pazienti presi in osservazione, si determina il numero o la percentuale di coloro che sono viventi a cinque anni di distanza dal trattamento.

Esistono due fattori favorevoli all'ipotesi che il cancro uterino possa guarire con altri mezzi che non i chirurgici: la sua tendenza a rimanere localizzato nel cavo pelvico e la differenza in malignità o relativa benignità di certi tipi di cancro. Così noi troviamo che il carcinoma del fondo (adenocarcinoma) è il meno maligno, mentre la massima malignità è tristo requisito del cancro del canale cervicale o del collo (carcinoma cilindrocellulare); ed il cancro della *portio* (carcinoma a cellule squamose) occupa una porzione intermedia. È per queste ragioni che si constata variare la prognosi a seconda della sede del neoplasma.

È difficile e quasi impossibile ottenere dati accurati riguardanti i risultati dei diversi trattamenti in ciascuno dei sopramenzionati tipi, essendo di regola i casi riportati semplicemente come cancri dell'utero, senza distinzione

Quando tale distinzione non sia fatta il risultato complessivo è, sempre, più favorevole: ogni chirurgo di una certa esperienza ricorda casi di cancri del collo inoperabili (forme, relativamente benigne, di epiteliomi a cellule squamose) che egli ha vastamente cauterizzate e raschiate: e le pazienti rimasero immuni talora per anni da recidive.

Sebbene, dunque, al giorno d'oggi, non si possa computare il valore relativo dei singoli metodi, si hanno dati sufficienti per dimostrare i risultati del trattameno chirurgico e per apprezzare il valore degli altri metodi.

Riguardo all'operazione radicale l'A. nel 1911 pubblicava un riassunto collettivo dei risultati di 2765 operazioni nelle quali risultava il 65,17 per cento di operabilità, il 19,94% di mortalità primitiva. Nel congresso di Londra del 1913 Wertheim dai dati della sua clinica riduceva le cifre suddette a 50 e a 16,6 rispettivamente; mentre fissava le guarigioni definitive al 42,5 per cento riguardo al numero delle operazioni radicali eseguite. La guarigione assoluta di tutte le pazienti di cancro uterino esaminate, 1501 in tutto, fu del 20%.

L'A. pubblica due tavole: in una confronta i risultati avuti da altri autori con quelli di Wertheim, nell'operazione addominale radicale per cancro del collo; nell'altra i risultati della stessa operazione in casi in cui il tipo del cancro non è stato riferito. Va notato che i dati più attendibili sono quelli riguardanti il numero delle operazioni eseguite, la mortalità primitiva e le guarigioni permanenti dopo cinque anni. In tutto si tratta di 1778 operazioni con mortalità primitiva di 19.68% e guarigioni permanenti dopo cinque anni del 23,46%: approssimativamente, dunque, di una su quattro donne operate.

L'operazione vaginale estesa di Schauta sembra avere le sue indicazioni speciali (specialmente donne obese) e nelle mani dei più esperimentati dà risultati che si avvicinano a quelli ottenuti con l'operazione di Wertheim. Da una recente (1915) statistica di Thaler sui risultati avutisi nella clinica di Schauta si hanno i dati seguenti: 1305 casi, 654 operazioni, 133 (17,4%) di guarigioni permanenti dopo i 5 anni. Hofmeier riferisce: 91 operazioni con 11 morti e 18 guarigioni di 5 anni; Prochownick: 200 interventi con 22 morti e 22 guarigioni di 5 anni. Dal complesso di queste cifre (945 operazioni) si ha una sopravvivenza dopo i 5 anni del 18,31%. Quanto all'operabilità Schauta la fissa al 58,1 %.

Dal punto di vista operatorio le recidive dopo l'operazione chirurgica erano state fin qui considerate disperate; ma Zweifel nel 1914 riferiva su 23 casi di operazione per recidiva: il 30% di queste pazienti sono viventi e libere da recidiva dopo 7 anni e mezzo. In base a ciò Zweifel proclama, e giustamente, la necessità del controllo clinico almeno per due anni in tutte le donne operate per cancro.

L'operazione di Percy nei casi inoperabili si raccomanda molto: la disseminazione lenta di un grado di calore coagulante attraverso la massa carcinomatosa costituisce un principio nuovo nel trattamento del cancro. I tessuti, dopo l'applicazione, sono letteralmente coagulati e disciolti. Il metodo ha un'operabilità del 90%, ma pur troppo a causa della sua data recente non si possono dare cifre che ne indichino la efficacia in base ai cinque anni di sopravvivenza. È molto probabile che esso riuscirebbe assai favorevole ove fosse applicato nei casi precoci: comunque esso resta il miglior mezzo a nostra disposizione per i cancri uterini inoperabili e non limitati.

Il rapido accrescersi della letteratura sulla radioterapia nel trattamento del carcinoma dell'utero dimostra che nel radium e nei raggi Roentgen noi abbiamo oggi dei mezzi curativi assai efficaci, sicchè per alcuni dovrebbe parlarsi addirittura di una nuova èra in questo capitolo della terapia. Anche qui per fissarne l'efficacia ci troviamo di fronte all'ostacolo della modernità del metodo: von Franque può riferire (1915) di soli tre casi viventi dopo cinque anni, Abbe di uno dopo 8 anni e di uno dopo 6, Degrais di uno dopo 6. Per periodi più brevi il rapporto più favorevole è quello di Kelly e Burnam: 347 casi di cui 20 non hanno avuto recidive, mentre degli altri 327, tutti inoperabili, il 20% sono apparentemente guariti, gli altri tutti migliorati nei sintomi; essi aggiungono che nei casi precoci e ben operabili l'uso del radio combinato con l'intervento contribuisce assai alla guarigione definitiva. Ma altri autori, e di indiscussa autorità, parlano non solo di insuccessi ma di danni arrecati da questo metodo: Wertheim, per non citarne che uno, afferma che di 11 pazienti trattati col radium 9 morirono a causa del trattamento.

I recenti perfezionamenti nella tecnica roentgenologica per il trattamento dei carcinomi, consistenti essenzialmente nella possibilità di somministrare più grandi dosi di raggi duri, di alto potere penetrante, oscureranno probabilmente i primi insuccessi. Sembra certa la distruzione delle cellule cancerigne per mezzo della roentgenterapia: Case, in una rivista sulla letteratura sull'argomento, fa salire al 25% i risultati soddisfacenti.

Von Seuffert non crede definitivamente deciso se il radium e il mesotorio debbano o no preferirsi ai raggi Roentgen: bilanciando i vantaggi e gli svantaggi degli uni e degli altri ritiene abbiano attualmente tutti lo stesso valore: i secondi sono talora preferibili perchè non possiamo fino ad oggi graduare le sostanze radioattive.

Da tutto quanto precede risulta che, allo stato attuale, i migliori risultati si ottengono con i mezzi chirurgici, più specialmente con la operazione addominale radicale. Del resto è difficile a intendersi perchè in una parte del corpo il cancro dovrebbe esser trattato differentemente che nelle altre regioni; la rimozione chirurgica dell'organo malato e la rimozione dei tessuti contigui con le linfoghiandole regionali, sono le linee di condotta da seguirsi nella cura del cancro uterino, come in qualunque altro tipo di carcinoma. V'è attualmente una tendenza a deviare da questa regola e a preferire altri metodi che fino ad ora non si sono mostrati degni di una applicazione generale.

Sembra invece più logico l'associare al metodo di trattamento principe, il chirurgico, l'uso dei raggi Roentgen o del radium. Nel 1908 l'A. cominciò a trattare sistematicamente tutti i casi con la radioterapia, dopo la Wertheim. Per la tecnica, sembrò la più idonea l'applicazione in posizione esagerata di litotomia o in genu-pettorale, come quelle in cui i visceri, ostacolanti l'azione dei raggi, tendono ad abbandonare il bacino; mentre l'irradiazione veniva fatta *per vaginam.* Il trattamento è iniziato il più presto possibile dopo l'operazione e continua per lungo tempo. La sua applicazione è stata assai facilitata con l'adozione del tubo di Coolidge. L'A. ha praticato 20 operazioni di Wertheim con cinque morti; in 13 venne sistematicamente fatta seguire la roentgenterapia: tre guarigioni di 5 anni, 2 di 3 anni, 3 di 2 anni e 2 di un anno. Due casi sembrano dimostrare senza discussione l'efficacia della roentgenterapia sistematica, successiva all'intervento. Nel primo, operato in settembre 1907, si trattava di un cancro della *portio;* esisteva infiltrazione carcinomatosa del legamento largo di destra, il quale non fu asportato: con l'applicazione dei raggi questa massa infiltrativa scomparve completamente: la paziente vive e sta bene a 9 anni circa dall'intervento. Il secondo caso, operato nell'agosto 1913, era un cancro del corpo con diffusione del morbo nelle linfoghiandole iliache e lombari, come dimostrò l'esame microscopico: un caso dunque considerato generalmente disperato. Applicazione sistematica dei raggi Roentgen dopo l'operazione. La paziente è ora in buona salute a 3 anni e mezzo dall'intervento.

Conclusioni. — 1. Nei casi precoci od operabili i migliori risultati si ottengono con l'operazione addominale radicale.

2. Data la differente malignità il tipo di cancro deve essere, finchè è possibile, determinato. Il cancro della porzione vaginale e quello del corpo dell'utero debbono essere preferibilmente trattati con l'operazione.

3. Che cosa debba esser fatto nei casi a limiti indeterminati, deve essere stabilito dal giudizio del chirurgo, e dalla sua esperienza nell'operazione di Wertheim.

4. Fino a che il radium, i raggi Roentgen o l'operazione di Percy non si siano dimostrati superiori ai metodi chirurgici, il loro uso dovrebbe esser limitato ai casi inoperabili.

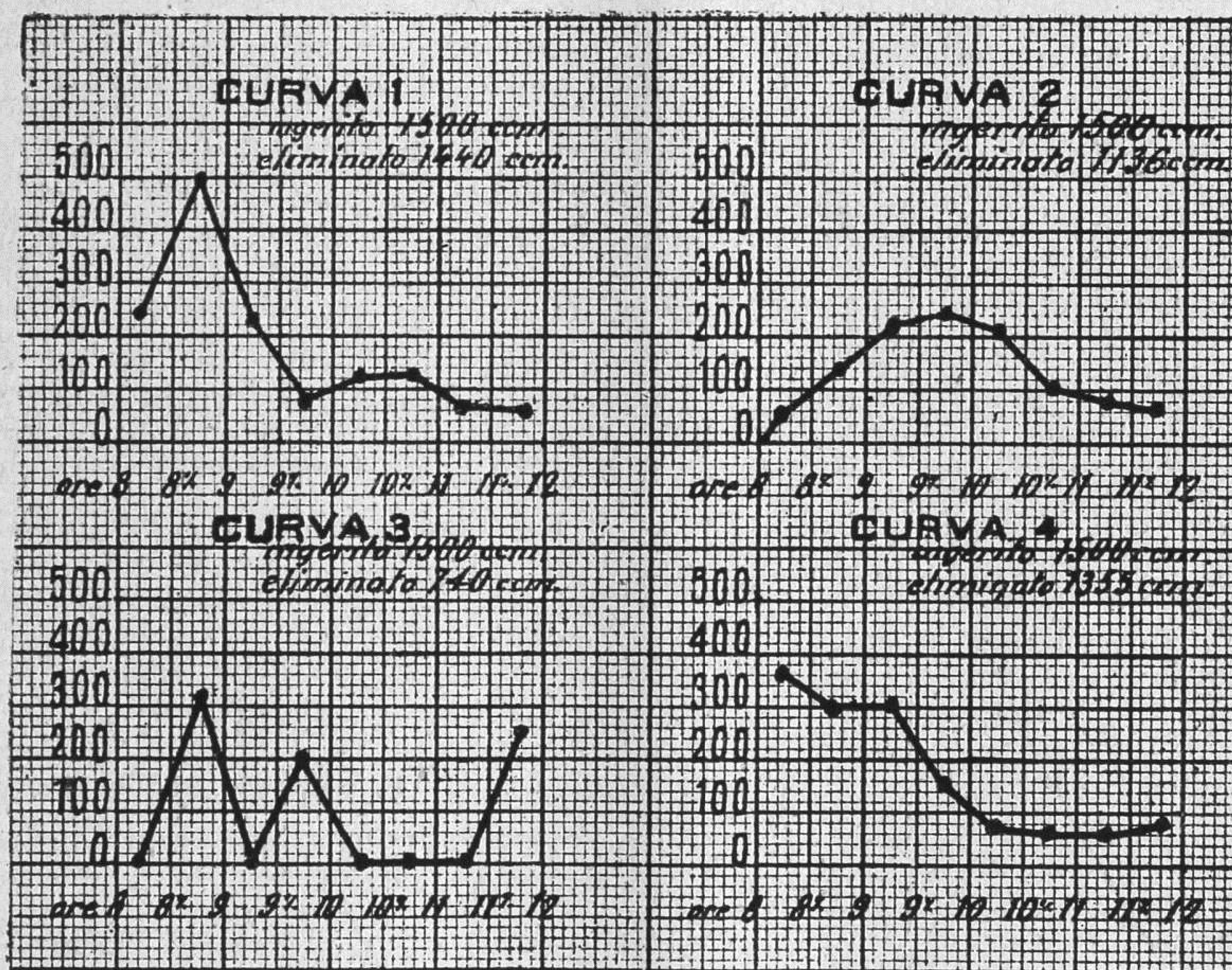
5. Un trattamento combinato, vale a dire l'operazione con la radioterapia, ha valore evidente: delle irradiazioni sistematiche dovrebbero seguire a ogni intervento palliativo o radiale per un cancro dell'utero. SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

La prova della concentrazione e la prova dell'acqua come mezzo più semplice nella diagnosi della nefrite di guerra.

Secondo L. GROTE (*Münch. Med. Woch.*, n. 21, 1917, la « nefrite di guerra » anatomicamente la *glomerulonefrite acuta diffusa*, è una malattia benigna. Il paziente, superato il periodo acuto, guarisce quasi senza eccezione se trattato in modo conveniente. Ma a questo riguardo, l'A. lamenta il metodo schematico usato generalmente (ricerca dell'albumina nelle urine, dieta blanda, riposo in letto, acque minerali), certo non rispondente ai progressi fatti dalla scienza in questo campo.



Dato il gran numero di casi di nefriti di guerra, sarebbe utile tanto nell'interesse del malato che del medico, riunire tutti questi malati in reparti speciali, muniti dei più perfezionati mezzi di ricerca, ma, in mancanza di ciò, coi mezzi di cui può disporre qualunque ospedale od ospedaletto da campo, è pure possibile con ricerche assai semplici seguire giorno per giorno le condizioni del rene malato e basare su tale reperto la cura e sopratutto la dieta, che è di essa la parte più importante. Se infatti non sarà possibile seguire con una precisa analisi quantitativa l'eliminazione dell'azoto e del cloruro di sodio attraverso i reni, o ricercare nel sangue l'azoto, che, non eliminato, rimane in circolo sotto forma di urea, si potrà nondimeno rivelare in modo approssimativo il grado dell'alterazione renale con ricerche assai semplici.

I prodotti ultimi del ricambio vengono eliminati attraverso i reni con l'urina più o meno completamente secondo il loro potere funzionale.

È noto che la più importante funzione dei reni è quella di eliminare tali prodotti ultimi del ricambio in una determinata concentrazione dipendente dalla quantità di acqua che hanno a disposizione. Questa concentrazione sarà indicata dal peso specifico, il quale indica appunto la quantità complessiva di molecole sciolte nell'urina.

Contemporaneamente si dovrà controllare il modo con cui viene eliminata l'acqua.

Per la prima prova, quella della concentrazione, il paziente viene mantenuto per 36 ore a dieta ordinaria, ma priva di liquidi, tranne quelli indispensabili per cuocere il vitto. La quantità di sostanze di rifiuto, rimanendo la stessa, il rene normale reagirà con una maggior concentrazione dell'urina, rivelabile col

peso specifico. In tali condizioni in un individuo sano esso sale a 1030 e più. Se il peso specifico rimane pressochè immutato è segno che la funzione del rene è alterata.

Per la seconda prova, quella dell'acqua, si fanno bere al paziente la mattina a digiuno 1500 cmc. d'acqua. Durante quattro ore si misura ogni mezz'ora la quantità di urina eliminata. Il paziente rimarrà durante la prova a digiuno e in letto.

Si otterranno delle curve caratteristiche che guideranno a determinare il genere dell'alterazione renale.

La curva 1ª è quella del rene normale. Come si vede, in quattro ore esso elimina tutta l'acqua introdotta e due terzi di essa già nelle due prime mezz'ore. La quantità massima viene emessa nella seconda mezz'ora.

La curva 2ª si ha per lo più nella convalescenza della nefrite di guerra e corrisponde ad una ritardata eliminazione. Il massimo della curva è spostato verso destra, le singole porzioni sono più piccole e press'a poco uguali fra loro.

La curva 3ª si osserva nello stadio acuto e nelle recidive quando il potere di eliminazione è assai indebolito.

La curva 4ª corrisponde infine allo stadio cronico del processo nel quale la guarigione è assai dubbia: essa si presenta raramente nelle nefriti di guerra.

La prima porzione è la più grande: in alcuni casi la curva si abbassa bruscamente, in altri gradualmente.

La dieta sarà regolata secondo i risultati di queste osservazioni: se con la prova della concentrazione si ha un peso specifico sopra 1025, si potrà permettere una dieta pressochè normale: troppo infatti si è esagerato con l'uso d'una dieta priva di sale e di albumina sottoponendo ad una ipoalimentazione dei malati che per guarire devono contare più sulle risorse naturali dell'organismo, che sui medicamenti.

Specialmente attaccabile è la dieta lattea: volendo dare soltanto 2000 calorie al malato, si dovrebbero fargli ingerire 3 litri di latte e, per conseguenza, 5 grammi di cloruro di sodio; cosa dannosissima specialmente nelle nefriti gravi e tanto più se vi sono edemi. Viceversa a malati con buona concentrazione e senza edemi si possono dare fino a 8-10 gr. di cloruro di sodio, nè vi è assoluta controindicazione per l'albumina.

La quantità di liquido da somministrare sarà regolata volta per volta secondo i risultati della prova dell'eliminazione dell'acqua; in caso di grave alterazione si prescriverà una dieta quasi asciutta (meno di un litro di liquido al giorno) e si aumenterà man mano che le condizioni andranno migliorando.

È errata l'opinione che si possa ottenere la guarigione dei malati che hanno eliminazione scarsa e stentata, per mezzo di un energico lavaggio dei reni, perchè la ritenzione può produrre edemi, dar luogo ad accessi di eclampsia, e affaticare il cuore. Un aumento di liquidi può esser utile in soggetti che, pur avendo un deficiente potere di concentrazione, hanno una regolare eliminazione di acqua, perchè può servire ad asportare i prodotti ultimi del ricambio.

La prova della concentrazione e quella della eliminazione sono ugualmente importanti sia per la terapia che dal punto di vista militare. Infatti con esse si può dimostrare che vi sono soggetti che eliminano ancora nelle urine albumina e qualche cilindro pur essendo funzionalmente guariti e si potrà quindi adibirli a leggeri lavori; viceversa vi sono individui che, pur non presentando più albumina nelle urine, hanno i reni funzionalmente alterati.

Naturalmente è inutile tentare queste prove quando esistano altri sintomi che diano sufficienti indicazioni. S'intende pure che nei casi in cui si stiano risolvendo degli edemi le prove in questione non danno alcun risultato utile.

Esse saranno poi controindicate in caso di forte oligoemia, quando si stiano formando degli edemi o quando siano in campo dei disturbi uremici.

G. MENDES.

CASISTICA.

Le sindromi infundibulari.

(LENOBLE. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, luglio 1917).

A lato delle grandi lesioni cardiache congenite, ora ben determinate e conosciute sotto il nome di malattia di Roger, di persistenza del foro di Botallo, o del canale arterioso, vi è posto per tutto un gruppo di affezioni, che colpiscono più particolarmente l'infundibulo del ventricolo destro durante la vita intrauterina. Esse possono essere confuse con dei soffi estra-cardiaci, ma i progressi della clinica ed i nuovi mezzi di investigazione, di cui ora disponiamo, permettono di porle in evidenza come vere lesioni a localizzazioni rigorosamente determinate.

Ciò dipende avanti tutto dalla circolazione particolare del feto, che, seguendo la via della vena ombelicale, guadagna le cavità destre del cuore: ne consegue che le infezioni della madre verranno a fissarsi dapprima su queste. Ma occorre tenere anche conto, all'inizio della

vita intrauterina, del modo di sviluppo del cuore. La importanza delle cavità destre è primordiale; l'orecchietta ingloba la maggior parte del tubo cardiaco primitivo. La porzione più importante del ventricolo, l'infundibulo, è costituito a spese della maggior parte del *Bulbum cordis* di Keith. Preesiste adunque nel cuore destro un tessuto altamente differenziato, che nella metà dei casi è la sede delle malformazioni osservate nella vita. Gli studi di Letulle hanno precisata la influenza dell'infiammazione dell'endocardio e del miocardio sulla loro genesi. Ma la neoformazione può esistere senza cicatrice di sorta. È molto probabile allora che le turbe della involuzione dipendano da una intossicazione generale degli ascendenti: alcoolismo o sifilide. In tali casi le alterazioni sono frequentemente sull'infundibulo e si comprende che sia così, quando si esamina il canale stretto che lo costituisce e che si distacca dalla cavità ventricolare, per continuarsi in tutta indipendenza coll'arteria polmonare.

Due regioni sembra che siano sopratutto la sede di queste lesioni: la parte inferiore, in vicinanza della valvola anteriore della tricuspide, e la porzione superiore, a contatto delle valvole sigmoidi. Si possono quindi distinguere due sindromi cliniche: la sindrome infundibulare inferiore, con un soffio presistolico, o presistolico e sistolico insieme e la sindrome infundibulare superiore, che può complicarsi con alterazioni delle valvole sigmoidi e prendere l'aspetto della stenosi con insufficienza polmonare, ma senza la dilatazione arteriosa, che accompagna la stenosi degli orifici. Le due sindromi possono anche trovarsi associate nello stesso soggetto. Lo studio dell'Autore è basato sulla osservazione di cinque casi di malattie congenite del cuore. Importa rilevare che queste affezioni sono compatibili con una vita lunga e non sono riconosciute che a mezzo di un esame clinico completo. Possono esistere allo stato isolato, od accompagnarsi con malformazioni di altri sistemi ed apparati, quali il sistema nervoso, o di un difetto di sviluppo dell'organismo: il tutto sotto la dipendenza della causa iniziale.

P. C.

TERAPIA.

Le iniezioni endonervose di alcool nel trattamento delle causalgie.

Pitres e L. Marchand (*Presse méd.*, 6 settembre 1917) hanno trovato grande giovamento nell'uso di questo metodo che meglio di tutti gli altri serve per calmare le atroci torture di molti individui affetti da causalgia.

La tecnica usata è la seguente: Preparazione della siringa di Leur sterilizzata con un ago il più fino possibile, contenente 1-2 cmc. di alcool a 60°. Sotto anestesia generale, si scopre il nervo, gli si passa sotto con grande precauzione un grosso filo di catgut, evitando ogni stiracchiamento. Si solleva leggermente il nervo per mezzo del catgut e si affonda obliquamente per un cm. circa l'ago nel nevrilemma, dirigendo la punta dal basso all'alto. Si spinge poi lentamente il liquido di iniezione, in quantità di un cmc. se si tratta di nervo non molto voluminoso (mediano, cubitale); quando si tratti invece di un grosso tronco (sciatico), oltre all'iniezione di circa 1 cmc. nel mezzo del cordone, se ne inietta un secondo in due o tre punti differenti dei fascetti periferici; si può arrivare fino a 4 cmc.

Sotto l'influenza dell'iniezione, il nervo si distende e prende un colore bianco-trasparente. Quando si è estratto l'ago, è bene applicare, per uno o due minuti, un dito sulla puntura del nervo, per evitare il riflusso rapido del liquido iniettato.

Si toglie quindi il filo di catgut, si pratica un'emostasi più rigorosa possibile; si fa un sopraggitto, poi si sutura la pelle e si applica la medicatura.

Queste iniezioni quando sono praticate al disopra della lesione possono far cessare dei dolori che hanno resistito alla liberazione chirurgica del nervo.

Essa interrompe la conducibilità sensitiva e fa scomparire, contemporaneamente ai dolori causalgici, le inerzie motrici di natura antialgica che li accompagnano.

Essa non aggrava di molto le paralisi motrici in rapporto con la lesione traumatica del nervo, e non ne determina di nuove, sebbene provochi reazione degenerativa nei muscoli innervati dal cordone nervoso in cui si è fatta l'iniezione.

L'iniezione fatta al disotto della lesione provocatrice della causalgia non fa cessare i dolori causalgici.

ini.

Cura della paralisi facciale con la medicazione ionica salicilica.

M. Fiorini (*Gazz. Osp. e Cliniche*, 10 giu. 1917) ha ottenuto buoni risultati nei casi di origine reumatica, iniziando il trattamento sin dalla prima settimana. Secondo la tecnica di Bergonié, l'A. usa dei fogli di stagno applicati all'esterno di una maschera di cotone modellata sulla faccia dal lato affetto, per mezzo di una pressione uniforme. Il cotone è impregnato

con una soluzione calda di salicilato di sodio al 3-4 %.

Le lamine di stagno che costituiscono gli elettrodi sono leggere e permettono una pressione uniforme. Il polo positivo viene applicato al collo, il negativo sopra l'orecchio. È assai importante proteggere con tessuto gommato ogni scalfittura o soluzione di continuità della faccia.

Le sedute durano da 45 a 20 minuti, diminuendone la durata man mano si aumenta la energia; si fanno ogni due o tre giorni. Gli effetti benefici non si notano che oltre la terza-quarta seduta; la cura è completa in 7-15 sedute.

I. P.

VARIA.

Impressioni di un medico italiano prigioniero di guerra.

Il dott. M. Mauro è stato da poco rimpatriato, dopo circa due anni di prigionia, ed ha pubblicato sulla *Riforma medica* le sue impressioni.

Il fatto che lo ha maggiormente colpito, è la lontananza delle ambulanze dalla linea del fuoco, oltre 2-3 km., mentre le nostre vi sono affatto prossime; ciò spiega la scarsezza dei medici austriaci fatti prigionieri.

Vi è una grande deficienza di medici nell'esercito austriaco, sebbene i limiti d'età siano stati inalzati fino a 55 anni ed anche dei vecchi dentisti servano da medici.

Praticamente, ogni uomo in età militare serve sotto le armi, e nessuna infermità o deformità lo esonera, sicchè l'A. ha veduto in servizio degli individui con ernie enormi, con gastrectasia notevole, con manifestazioni tubercolari evidenti. Egli ricorda che un ufficiale con tubercolosi laringea e bacilli specifici nello sputo è stato mandato al fronte, che in una sentinella suicidatasi vennero trovate caverne in entrambi i polmoni..... Non vengono rilasciate licenze di convalescenza o di riposo, ma solo concesso cambiamento di occupazioni, cioè servizi più lievi, p. e. in campi di prigionieri od in uffici amministrativi.

L'A. è stato inviato dapprima a Lubiana, dove una prigione serviva da ospedale, ed il cibo era scarso e cattivo. Migliori erano le condizioni a Mathausen, una vera città di legno presso il Danubio, dove si trovavano 1200 letti per ammalati di chirurgia e 2000 per quelli di medicina, oltre a due ospedali di isolamento. Nel primo anno vi erano 7 medici italiani e 5 austriaci, nel secondo gli italiani erano 25.

Gli ospedali erano bene forniti, vi erano eccellenti impianti di sterilizzazione e di disinfezione, ma v'era altresì una deplorevole scarsità di cibo, di medicine, di materiale da medicazione.

Spesso i medici erano del parere di non rimandare al lavoro certi prigionieri per le loro tristi condizioni di salute; i loro consigli però erano raramente ascoltati, ed è accaduto parecchie volte che tali individui a cui era stato rifiutato il riposo sono morti in pochi giorni per tubercolosi od altre gravi affezioni.

L'A. rende il dovuto omaggio al servizio umanitario prestato dai medici austriaci, specialmente dal chirurgo capo, e dagli infermieri italiani, che senza alcuna istruzione precedente sono divenuti abili per lo zelo e la devozione con cui adempivano la loro missione.

L'A. ha curato circa 8000 ammalati o feriti, facendo circa 800 atti operativi. Ha osservato numerosi casi di malaria grave, provenienti dall'Albania, pochi casi di tifo esantematico e di meningite cerebro-spinale. Molti casi di tubercolosi a decorso rapidamente fatale si sono sviluppati in seguito a raffreddamenti, a fatiche, a mancanza di cibo. Nessuno dei medici italiani fu però gravemente malato.

Le condizioni migliorarono dopo che venne organizzato il servizio degli invii da parte della Croce Rossa, e fu possibile quindi avere un po' più di cibo in aggiunta alla scarsa zuppa di carote e fagiuoli. Per tutti i 1200 letti chirurgici, l'Austria forniva 10 litri di latte al giorno; la così detta polvere per il latte dava un liquido che nessuno poteva tollerare; il pane era fatto di solito con vari vegetali; molto raramente veniva concessa una minuscola razione di carne.

Ciò che poi esasperava molto i medici era il fatto che venivano trattati da prigionieri, negando loro qualsiasi libertà; le condizioni sembrarono migliorare dopo la morte di Francesco Giuseppe.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Le questioni sanitarie alla Camera.

Durante la recente discussione sulla politica del Governo, sono stati sollevati alcuni problemi relativi alle provvidenze sanitarie nell'Esercito.

Il ministro della guerra, gen. Alfieri, ha fatto in proposito, nella tornata del 23 febbraio, le seguenti dichiarazioni sull'*assistenza sanitaria dei militari tubercolotici* e sulla *lotta antimalarica*:

. . . .

« Vi sono altri argomenti sui quali mi preme intrattenermi, sia pure brevemente; quelli cioè che riguardano le questioni sanitarie, le quali sono state poste durante questa discussione.

« Del problema della tubercolosi non sto a fare la diagnosi, nè ad accennare la gravità: se ne è parlato qui assai minutamente. Per la lotta contro questo grande nemico del nostro paese occorreva prima di tutto intensificare la severità della selezione al momento della leva, sorvegliare poi gli elementi più delicati e più facili ad essere colpiti, curarli con la maggiore larghezza di mezzi. Difficoltà varie si oppongono a questo: difficoltà di combinare insieme la sicurezza e la rapidità del giudizio al momento in cui gli iscritti si presentano, difficoltà di adottare un sistema organico nelle condizioni variabili della guerra, difficoltà di provvedere largamente a togliere le deficienze delle istituzioni sanitarie. Altra difficoltà derivava dall'Austria, dove non abbiamo modo di sorvegliare i nostri prigionieri, i quali, fino al momento in cui sono restituiti, hanno un trattamento che agevola lo sviluppo della malattia.

« Di qui il programma completo di lotta che comincia necessariamente e doverosamente al momento in cui la recluta giunge sotto le armi.

« L'on. Maffi, il quale più volte si è occupato a lungo di questo argomento, m'insegna che in molti casi la diagnosi è facile e può farsi a colpo d'occhio.

« Ci sono però anche molte forme latenti e incipienti che non è molto facile di riconoscere e che sono quelle che più tardi danno le conseguenze più gravi e più facilmente letali. E di queste si è dovuto tener conto nello stabilire la organizzazione nostra che, come egli sa, risale fino al 1916 ed è già in pieno e completo sviluppo.

« Questa organizzazione comprende anzitutto dei riparti di accertamento diagnostico, uno per Corpo di armata territoriale ed uno per armata mobilitata, ai quali affluiscono tutti coloro che hanno dato luogo a dubbi sulle loro condizioni fisiche: hanno medici specializzati e mezzi di diagnosi completi. Più indietro sono i centri diagnostici ai quali affluiscono, dopo questo primo accertamento, gli individui riconosciuti ammalati. Sono due, uno per l'interno, presso Firenze, un altro a Nervi, per i prigionieri che ci vengono restituiti dall'Austria.

« In questi centri gli ammalati sono divisi secondo le loro condizioni. I più gravi sono mandati in ospedali territoriali nel rispettivo Corpo d'armata, in modo da essere a portata delle loro famiglie e da avere più vicino il conforto dei loro cari.

« Per quelli di media gravità si sono adottati provvedimenti perchè, dopo la riforma, possano ancora essere curati per un periodo che si spinge fino a quattro anni, in ospedali appositi e mediante l'intervento finanziario del Governo (Ministero della guerra e Ministero dell'interno).

« I più leggeri sono raccolti in centri sanatoriali climatici della Croce Rossa. Vi restano per sei mesi, dopo i quali si prendono i provvedimenti che le loro condizioni richiedono.

« Questa la base della lotta contro la tubercolosi. L'on. Maffi ha accennato nel suo discorso ed anche nel testo di una sua interrogazione, a disposizioni segrete del Ministero, per far dichiarare idonei molti militari e molte reclute nonostante le loro condizioni di salute. Io respingo sdegnosamente questa accusa. Circolari segrete di questo genere sarebbero una infamia.

« Ed oltre a tutto sarebbero una sciocchezza, perchè evidentemente, come è noto, il giorno dopo sarebbero nelle mani di chi non dovrebbe averle. Esistono delle circolari, ma non segrete, e che sono in un senso assai diverso, ed esiste un corpo sanitario che non deve essere fatto oggetto di accuse di questo genere. Specializzato o no, si occupa sopratutto della questione con competenza ed amore. Vi saranno delle eccezioni, vi saranno degli errori nell'applicazione; questo non lo nego, ma sono cose del tutto speciali e tutte le volte che questi errori vengono segnalati, io, per conto mio, intervegno, faccio intervenire e farò intervenire sempre più rigorosamente tutti gli uffici, perchè vengano al più presto e severamente eliminati.

« E veniamo alla questione della malaria, la quale costituiva un problema più grave per noi e che, come è stato detto giustamente, è stato reso più grave dalla guerra, per due ragioni: prima di tutto perchè le truppe si sono trovate raccolte in nuove regioni intensamente malariche e con tipi di malaria speciale (Albania, Macedonia, Basso Isonzo e via dicendo); in secondo luogo perchè i malati stabilendosi in regioni favorevoli allo sviluppo dell'infezione, potrebbero determinare facilmente l'insorgere di nuovi focolari. Da ciò la necessità evidente, indiscutibile di combattere questa infezione, prima di tutto nell'interesse dell'esercito, poi nell'interesse del paese, perchè non si creino e non si aggravino condizioni malariche che, in passato, con tante fatiche, cominciavamo finalmente a ridurre. Anche qui ci siamo trovati di fronte ad un problema complesso che va affrontato da varie parti.

« In zona di guerra abbiamo la profilassi accurata per parte di ufficiali medici specializzati, la chinizzazione preventiva delle truppe dislocate in

zone malariche e la profilassi meccanica dove questa è possibile.

«La spedalizzazione di tutti i malati in zona di guerra sarebbe desiderabile, ma urta contro difficoltà inerenti allo stato stesso della guerra, e che obbligano a sgomberare questi ammalti verso le retrovie. E qui cominciano altre difficoltà, perchè questi non si possono ricoverare in ospedali comuni, e neppure si possono mandare in licenza di convalescenza, sicchè si è dovuto provvedere anche nelle retrovie ad una organizzazione completa.

«Le basi di questa sono le sezioni speciali per i malarici che raccolgono gli ammalati, li sottopongono a chinizzazione speciale in modo da avere le maggiori risultanze, e ne escono dopo che sono apiretici da dieci giorni almeno; e non vanno però in licenza, vanno in depositi di convalescenza in altre località per quattro mesi e sono impiegati, nei limiti del possibile, anche in servizi leggeri.

«Una scheda individuale segue sempre il malato, e ne ha una copia la direzione generale di sanità del Ministero, in maniera che si possa conoscere anche la situazione degli individui sotto questo punto di vista interessante.

«Altri provvedimenti sono preparati per l'inizio della stagione epidemica: citerò per esempio le piccole bonifiche nelle adiacenze degli alloggiamenti, cosa molto piccola in sè, ma che produce effetti molto grandi, la chinizzazione preventiva, ecc. Altri provvedimenti riguardano le condizioni speciali della Albania e della Macedonia.

«E così, on. Bonardi, nulla è strascurato, e nulla neppure vi è di cristallizzato, nessun concetto unilaterale, ma fusione di tutti gli elementi profilattici armonicamente combinati per ottenere il risultato che vogliamo ottenere, non solo come soldati ma anche come cittadini, perchè l'esercito non dimentica mai, neppure in tempo di guerra, che, oltre ad una funzione militare e morale, ha anche una altissima funzione sociale.

«Vede, on. Bonardi, questioni di questo genere non hanno e non possono avere un carattere politico; si tratta della vita del paese, e io vorrei che quando i competenti vedono inconvenienti in argomento come questi, venissero senz'altro a segnalarli, e non aspettassero ad enumerarli, in una discussione di questo genere. In queste discussioni anche le critiche postume che venissero fatte avranno tutta la loro importanza politica, ma intanto se c'era del bene da fare si sarà fatto e non vi sarà da dolersi se lo avremo fatto insieme».

Cronaca del movimento professionale.

Unico concorrente di condotta medica. — La Corte di Cassazione di Torino ha stabilito che per un concorso a medico condotto il Comune non ha l'obbligo di nominare l'unico concorrente presentatosi — anche se abbia i richiesti requisiti per coprire il posto — ma può procedere a nuovo concorso.

La questione degli aumenti agli impiegati dei Comuni è stata discussa a Torino dal Consiglio direttivo dell'Associazione dei Comuni italiani, sotto la presidenza del senatore Pietro Lucca. In argomento è stato spedito al Presidente del Consiglio, on. Orlando, e ai ministri Nitti e Meda, un telegramma col quale: «di fronte alla necessità di trovare i mezzi adeguati a provvedere all'aumento degli stipendi del personale comunale, essendo insufficienti quelli indicati dall'ultimo decreto, ha deliberato una speciale convocazione per concretare opportune proposte e presentare apposito memoriale al Governo».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7184) *Computo dello assegno pel medico condotto chiamato sotto le armi.* — Dott. U. V. da P. V. — Il computo della differenza fra lo stipendio civile e quello militare sarà fatto prendendo per base lo stipendio che riceve pel servizio della condotta e per la carica di ufficiale sanitario, cioè la cifra di lire 3200. Su detta somma saranno del pari calcolati i due mesi che Le competono non appena avrà lasciata la residenza ed ottenuta la nomina ad ufficiale.

(7186) *Tassa focatico.* — Dott. E. N. da S. L. — Anche il medico militare che sostituisce il medico condotto chiamato sotto le armi, si considera come residente nel Comune ove compie la sua prestazione professionale ed è, pertanto, tenuto al pagamento della tassa focatico. La Circolare del Ministero della Guerra e dell'Interno del 10 settembre 1917, n. 20400, stabilisce che il medico militare che venga investito dell'incarico di Ufficiale sanitario, già tenuto dal medico precettato, deve ricevere dal Comune la somma stanziata in bilancio come retribuzione di tale incarico.

(7187) *Licenziamento del medico condotto mentre trovasi sotto le armi.* — Dott. C. B. da B. — Essendo stata licenziata prima del 21 aprile 1916, cioè del giorno in cui ebbe vigore il D. L. della stessa data che impediva qualsiasi licenziamento di sanitarii che trovavansi sotto le armi, non può impugnare l'atto del Consiglio Comunale con il quale veniva licenziato per fine di ferma. Essendo, pertanto, valido il licenziamento non può chiedere al Comune i due mesi di stipendio, che Le sarebbero spettati se fosse rimasto in carica.

(7188) *Armadii farmaceutici.* — Dott. abbonato 3865. — Qualora venisse protratta la esistenza degli armadii farmaceutici i medici condotti che riscuotono compenso per la loro gestione seguiteranno a percepire la somma relativa. Coloro, e crediamo sieno ben pochi, che aveano per capitolato l'obbligo di gestirli gratuitamente perchè il relativo compenso era compreso nello stipendio, seguiteranno la gratuita prestazione dovendosi l'avvenuta prolazione imputare, se mai, a caso di forza maggiore per cui acquista più lunga durata la convenzione in corso con l'amministrazione municipale.

(7190) *Medico ospedaliero - Pagamento di prestazioni a non comunisti.* — Dott. R. C. da M. — Il medico ospedaliero deve curare gratuitamente tutti gli infermi che sono ammessi nel nosocomio senza distinzione di appartenenza e senza diritto di farsi pagare direttamente da chi non appartenga

al Comune. Però, siccome Ella ha per contratto lo obbligo di curare nell'ospedale i soli comunisti, è naturale che abbia il diritto di chiedere compenso dalla amministrazione ospedaliera per gli infermi che ammette nell'Istituto, e che non appartengono al Comune. Qualora l'opera pia non intenda bonariamente aderire, Ella faccia correre relativo legale atto protestativo e faccia poi ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria, trattandosi di un diritto che legalmente Le compete.

(7191) *Ufficiale sanitario - Caro-vivere.* — Dott. G. G. da M. — Quantunque non possa ritenersi impiegato nel vero senso della parola, pure riteniamo che per ragione di equità anche all'ufficiale sanitario debba essere corrisposta l'indennità caro-viveri.

(7192) *Esonero dei medici condotti.* — Dott. G. F. da R. — Come Ella riconoscerà giusto, non possiamo discutere i criteri adottati da codesta Commissione speciale per gli esoneri a riguardo dei medici condotti. Essa, però, dà solamente il parere. La decisione è adottata definitivamente dal Ministro della Guerra, il quale potrebbe anche discostarsi dal parere ricevuto ed adottare difforme provvedimento, essendo dal Decreto Luogotenenziale del 9 dicembre ultimo, n. 1985, prescritto l'obbligo di richiedere il parere della Commissione, ma non quello di uniformarsi ad esso nella provvidenza definitiva.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 1094:

Se ha 17 anni di esercizio professionale le spetta il grado di capitano.

Occorre però che ne faccia domanda allegando i documenti che comprovino che ha effettivamente esercitato la professione medica, per questi 17 anni.

All'abb. n. 5472:

Ella ha diritto a percepire dal suo Comune due mesi di stipendio (circolare G. M. 558 del 1916) se i medici comunali sono da considerarsi come impiegati dello Stato.

È un fatto però che certi comuni hanno negato tale diritto da parte dei loro medici perchè questi non sono veri e propri impiegati dello Stato.

Con la stessa circolare è sancito il suo diritto, indiscusso questo, a percepire dal comune la differenza fra lo stipendio civile ed il militare.

All'abb. n. 8120:

La sua prima domanda è stata fatta evidentemente in un periodo in cui non era aperto nessun concorso al posto di ufficiale medico effettivo. Perciò è stata considerata come decaduta, e non ha potuto quindi esser presa in considerazione.

All'abb. n. 5662:

Data l'anzianità della sua classe, ella non sarà chiamato alla nuova visita dei riformati.

All'abb. n. 5682:

Il ricorso al Consiglio di Stato può essere fatto anche ora. Per sapere però se le è stato fatto torto non promovendola occorrerebbe conoscere la sua anzianità da tenente.

All'abb. n. 6861:

Avendo ella compiuto un anno di servizio può essere promosso. Dovrà però venir proposto per *distinzione speciale*, art. 5, circ. 752, G. M. 1916.

All'abb. n. 5076:

La commissione che vaglia gli esoneri avrà ritenuto che le mansioni esercitate dal suo collega lo rendono indispensabile.

Il Ministero non potrebbe in alcun modo intervenire e tanto meno disporre, contrariamente al parere dell'apposita commissione, quella specie di... giudizio di Salomone da Lei proposto.

Al dott. L. F. da R.:

Il tempo utile per la presentazione delle domande dei s. tenenti medici di Croce Rossa per il passaggio alla Sanità non è stato prorogato oltre il 31 novembre 1917.

All'abb. n. 2809:

Non vi è nessuna disposizione che toglie agli ufficiali medici in servizio civile l'indennità caro-viveri.

Circa l'attendente, date le speciali mansioni non militari dei medici addetti ai servizi civili, è logico che sia stato tolto.

Al dott. G. F. da S.:

Pur perdurando le condizioni sue di medico unico e insostituibile occorre che il suo esonero sia di nuovo preso in esame e riveduto. In caso di revoca di esonero dovrà far domanda di esser nominato capitano, in base alla circolare 796 del 1917, al Ministero pel tramite della Direzione di Sanità da cui dipende, allegando i documenti che comprovino i 15 anni di esercizio professionale effettivamente fatto.

Al dott. N. D. da T.:

In base al nuovo decreto per gli esoneri debbono essere sottoposti ai prescritti accertamenti anche gli ufficiali della Croce Rossa.

All'abb. n. 5316:

In materia di esoneri è appunto l'autorità prefettizia che giudica competentemente, per mezzo della commissione competente che funziona presso ogni Prefettura.

Le infermità a cui ella accenna darebbero ampio diritto alla riforma.

Se ella verrà richiamato alle armi, provenendo dai riformati, sarà sottoposto a vista di autorità, presso la commissione permanente di Firenze

Al dott. G. C., Zona di guerra:

La questione prospettata presupporrebbe che fosse stabilito un turno regolare di sei mesi per l'avvicendamento tra gli ufficiali medici di prima e quelli di seconda linea, il che non è.

Gli scambii tra ufficiali medici addetti a servizii più faticosi e pericolosi e quelli addetti a servizii meno esposti e gravosi sono lasciati all'equità ed al buon senso dei singoli Direttori di Sanità i quali devono però tener conto nell'eseguirli anche delle speciali contingenze del servizio.

All'abb. n. 9183:

In caso di congedamento dei medici della sua classe malgrado ella siasi arruolato volontariamente, verrebbe dimesso dal servizio, a meno che non facesse una nuova domanda.

All'abb. n. 6063:

Data la giovinezza della classe di suo fratello e la sua abilità a tutti i servizii, nessuna disposizione può favorirlo nel senso da lei desiderato.

All'abb. n. 6189:

Essendo ella non più ufficiale medico perchè uscito dai ruoli per ragione di età, non avrebbe dovuto rispondere alla chiamata alle armi in base al Decreto 21 aprile 1916.

Neppure ora quindi deve rispondere a chiamate, poichè la classe del 1870 non è stata toccata. Anche quindi se le venisse tolto l'esonero dalla Commissione, ella non verrebbe certo chiamato alle armi.

Al dott. R. P. da F.:

Se rinunziasse alla dispensa può esser nominato capitano, dato che ha oltre 15 anni di esercizio professionale.

Può anche essere assegnato a prestar servizio in un ospedale territoriale, ma sulla scelta di questo deve decidere il Direttore di Sanità.

Al dott. E. D., Zona di guerra:

La circolare in questione porta il n. 811 ed è stata pubblicata nel *G. M.* del 1917.

Al dott. S. P., Zona di guerra:

La circolare cui ella allude è forse la n. 137 del 18 corrente, ma non porta alcuna disposizione del genere accennato.

Al dott. E. Z., da L.:

Contro i deliberati della Commissione provinciale degli esoneri non è ammesso alcun reclamo.

Per il disposto della circolare 734 del 1916 i suoi titoli, per quanto notevoli, non le danno diritto ad altro grado che a quello di tenente.

Ella si dovrà presentare al distretto di Firenze per la visita.

Circa l'impiego della sua classe, sarà probabilmente territoriale.

All'abb. n. 8119:

Se la Sua malattia non superò i 15 giorni, nessuno potrebbe contestarle il diritto a percepire le indennità stabilite dalla circolare 520 del *G. M.* del 1916.

All'abb. n. 8648:

Solo le degenze negli ospedali militari *dislocati Zona di guerra* sono computate come tempo trascorso in Zona di guerra.

All'abb. n. 9024:

Nessun diritto Ella ha acquistato per la morte di Suo padre. Infatti anche la 3ª categoria è sotto le armi.

All'abb. n. 5689:

Ella dovrà sempre attendere l'invito da parte del Corpo d'Armata.

All'abb. n. 4512:

I medici della classe del 1872 possono pure essere chiamati. Se Ella può comprovare oltre 15 anni di esercizio professionale le verrà, dopo il richiamo, conferito il grado di capitano.

Al dott. V. S., da F.:

I medici delle classi 1880-1882 che, avendo fatto 12 mesi di servizio al fronte, trovansi ora in Zona territoriale, non vi sono per *avvenuto avvicendamento,* ma perchè dispensati dal servizio in seguito a richiesta di autorità competenti che li hanno dichiarati *necessarii in servizi civili.* I medici delle classi suddette non possono infatti chiedere l'avvicendamento.

All'abb. n. 1575:

Per ottenere la nomina al grado di capitano dovrà passare almeno 4 mesi in Zona di guerra.

All'abb. n. 5372:

È possibile che data la giovinezza della sua classe, ancor ritenuta valida alle armi, le venga revocato l'esonero.

Il grado che le spetta è quello di capitano, ed ella potrà fare domanda, al Ministero, di tal grado, allegando, invece dei documenti che non può procurarsi, un certificato delle autorità che sono in grado di rilasciarlo.

Le relative pratiche di nomina possono esser fatte subito dopo la revoca del suo esonero.

All'abb. n. 2307:

Se Ella ha 15 anni di esercizio professionale, venendole revocato l'esonero potrà chiedere la nomina al grado di capitano.

Nominato capitano, le spetteranno tutti gli assegni ed indennità del grado, variabili a seconda dei varii servizii a cui sarà assegnato.

Al dott. V. V., da P.:

Non esiste alcun decreto luogotenenziale in favore dei medici che hanno 4 figli.

All'abb. n. 8538:

Data la relativa giovinezza della sua classe che è considerata valida alle armi può darsi che Ella perda il diritto all'esonero e sia chiamato a sostituire il suo collega avvicendato.

Se può comprovare oltre a 15 anni di *esercizio professionale* le spetta il grado di capitano.

All'abb. n. 8115:

Ella può sempre far domanda di nomina a capitano di complemento per aver compiuto i 16 anni di laurea.

Occorrerà però che, prima della promozione, sia comprovata la sua idoneità incondizionata.

Non vi è poi ragione che Ella dopo ottenuta la promozione debba venir nuovamente mobilitato, non esistendo alcuna disposizione in tal senso.

M. G.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO

Clementi Antonino, da Catania, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Benchè esausto di forze, sotto l'intenso fuoco dell'artiglieria nemica, persisteva a prestare la cura più fraterna e coscienziosa ai feriti, che affluivano al posto di medicazione. — Castagnevizza, 23-26 maggio 1917.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. ERNESTO FUNARI da Malito (Cosenza), medico condotto di Zagarise, diede alla Patria il figlio FERRUCCIO, ventenne, iscritto al 1° anno di medicina nella R. Università di Napoli, uscito dalla Scuola di Modena il 30 aprile 1917: cadeva il 24 maggio a Dosso Faïti allo assalto di una trincea nemica. Un altro figlio, RODOLFO, tenente di artiglieria, di 23 anni, licenziato in fisico-matematica, segue al fronte le fortunose vicende della guerra nella speranza di poter vendicare con gloria la morte del fratello prediletto.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso internazionale per gli invalidi di guerra.

Dal 20 al 21 maggio prossimo avrà luogo a Londra un Convegno interalleato per lo studio delle questioni riguardanti gl'invalidi di guerra.

L'Italia ha già aderito all'invito di partecipare alla Conferenza, partito dal Ministro inglese delle Pensioni. Essa invierà a Londra rappresentanti dei ministri della Guerra, della Marina, delle Pensioni e dell'Industria, Commercio e Lavoro, e delegati dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra.

Allo scopo di rendere più efficace la partecipazione dell'Italia a tale Conferenza, la Delegazione Italiana del Comitato permanente interalleato per lo studio delle questioni interessanti gl'invalidi di guerra, ha istituito in Roma un ufficio speciale di segreteria.

Per la Croce Rossa Americana.

Sono state iniziate negli Stati Uniti le operazioni per raccogliere la seconda sottoscrizione per la Croce Rossa, sottoscrizione che dovrà raggiungere la somma di 850 milioni di lire.

Questa seconda sottoscrizione è destinata ad assicurare il funzionamento normale della Croce Rossa in tutte le sue molteplici manifestazioni fino alla primavera del 1919.

Della prima somma di 850 milioni di lire, sottoscritti l'anno scorso negli Stati Uniti, vennero spese lire 670.636.303 per opere attinenti alla guerra, così in America come all'estero, mentre il residuo di lire 136.057.048 venne speso dai vari Comitati della Croce Rossa per l'acquisto di provviste e in opere di beneficenza locale.

Il presidente della Croce Rossa Americana in un suo recente discorso sull'attività della benemerita organizzazione nei paesi dilaniati dalla guerra disse: «In questa ora tragica che attraversa l'umanità, dietro ogni linea di battaglia degli alleati, la nostra Croce Rossa compì un'opera elevata e pietosa che fa onore al genere umano. Essa fa tutto il possibile per mitigare le sofferenze fisiche e morali di milioni e milioni di persone».

Su richiesta del Comitato italiano di soccorso, la Croce Rossa Americana ha stanziato circa 5 milioni di dollari (25 milioni di franchi) per soccorsi militari e civili all'Italia dal 1° novembre 1917 al 31 maggio 1918.

Una americana miliardaria, la signora Vanderbild, ha offerto un milione alla Croce Rossa Americana per l'opera che questa svolge in Italia.

Pro Croce Rossa Italiana.

Il Ministro di Svezia a Roma, signor Bildt, ha offerto, per conto del proprio secondogenito Didrik, la somma di lire 50,000 alla Croce Rossa Italiana.

Altre lire 5000 ha offerto alla Croce Rossa Italiana il Ministro del Siam.

Il servizio sanitario militare inglese.

Il generale sir Robertson, parlando all'inaugurazione degli edifici annessi all'ospedale Lincoln, ha detto: Noi abbiamo fatto molte grandi cose in questa guerra, ma nulla di più grande è stato fatto dello sviluppo che abbiamo dato alla organizzazione e al funzionamento del servizio sanitario.

Entrammo in guerra con un piccolissimo esercito che contava meno di duecentomila uomini. Il nostro esercito conta ora milioni di soldati e i nostri servizi sanitari hanno dovuto crescere in proporzione.

Uffici di ricerche psico-fisiologiche per gli aspirant aviatori.

A Torino ed a Napoli sono stati successivamente istituiti, ad iniziativa del prof. Gradenigo, due uffici di ricerche psico-fisiologiche per l'esame degli aspiranti al pilotaggio di aviazione.

Per un grande Ospedale dei bambini a Napoli.

Nella sede del Comitato di Assistenza civile «Pro donne e fanciulli» presieduto dalla signora Antonia Nitti, ha avuto luogo in Napoli una importantissima riunione delle principali autorità e personalità cittadine, convocate allo scopo di costituire un Comitato promotore per la creazione di un grande ospedale per bambini in Napoli. A Presidente onorario del Comitato si è nominato il senatore prof. Antonio Cardarelli.

Per i figli tubercolotici dei profughi.

L'Alto Commissariato per i profughi veneti, presieduto dall'on. Luzzatti, ha versato alla sottoscrizione per il Sanatorio del *Giornale d'Italia* la somma di lire 250,000 in cartelle del Prestito, perchè siano accolti nel Sanatorio i bambini, figliuoli dei profughi di guerra, malati di tubercolosi o predisposti, in base all'esame della Commissione collegiale medica del Sanatorio, ed in numero assai maggiore di quello consentito dalla rendita delle 250,000 lire sottoscritte. Guariti i bambini profughi e terminato il doloroso esilio dalle terre venete, saranno ammessi altri bambini appartenenti a famiglie povere del Veneto.

L'Igiene e la Scuola.

In questi giorni si è più volte riunita, presso il Ministero della Pubblica Istruzione, la Reale Commissione per l'igiene scolastica e l'igiene pedagogica con l'intervento di tutti i suoi componenti: comm. Agenore Cancellieri, Direttore generale dell'Istruzione Primaria e Popolare; comm. Manfredo Tovaiera, Direttore generale dell'Istruzione Media e Normale; comm. Alberto Lutrario, Direttore generale della Sanità Pubblica; comm. prof. Achille Sclavo, dell'Università di Siena, e comm. prof. Alfonso Di Vestea, dell'Università di Pisa.

Dopo avere per acclamazione riconfermato a proprio Presidente il Direttore generale della Sanità pubblica, comm. Lutrario, la Commissione portò il suo esame su varie ed importanti questioni, occupandosi specialmente dell'insegnamento dell'igiene nelle scuole normali, delle scuole all'aperto e dell'azione sovventiva da svolgere dallo Stato in favore di queste Istituzioni; della organizzazione e del funzionamento di un'efficace vigilanza igienica sulle scuole; delle forme di una propaganda antitubercolare nelle scuole stesse.

Deliberò, inoltre, uno schema di regolamento per la profilassi delle malattie infettive nelle scuole.

La Commissione ha così iniziata la ripresa dei propri lavori, ai quali attenderà con riunioni che si prevedono frequenti, in relazione con il numero e la importanza degli argomenti che debbono ancora essere sottoposti al suo parere, fra i quali è da rilevare, come di particolare interesse, quanto concerne l'opera che, nel dopo guerra, potrà svolgere la donna a pro dell'igiene scolastica, a sussidio ed integrazione dell'azione del medico e del maestro.

L'Università di Bologna per la resistenza nazionale.

Il 25 gennaio, in un'aula della R. Università di Bologna, si riunirono oltre ottanta tra professori ufficiali e liberi docenti. Il Rettore, prof. Puntoni, presentò un ordine del giorno, approvato per acclamazione, nel quale si tributa solenne omaggio d'onore ai prodi, che, col sacrificio della propria vita, concretano nelle più sublimi forme dell'eroismo l'affermazione dei principî supremi di civiltà; si plaude a tutti coloro che attivamente con essi cooperano a rendere più sicura la difesa, più tenace la resistenza contro il nemico; e colla più salda fede nei destini della Nazione, si manifesta il proposito di volere oggi più che mai contribuire, con ogni sforzo, al raggiungimento dei fini, che sono nel desiderio di quanti nutrono in cuore amore di patria, vogliono salva la loro dignità d'Italiani, ed hanno sentimento d'umanità.

Fu nominato un Comitato d'azione, costituito di due professori per ogni Facoltà e Scuola e di due rappresentanti dei liberi docenti.

Università italiana in Svizzera.

Nella Svizzera esistono quattro università di lingua francese e tre di lingua tedesca, mentre non ve ne è una sola di italiana, che pur servirebbe ai bisogni della coltura superiore delle numerose popolazioni italiane. Un ricco filantropo ticinese, Romeo Manzoni, legò tutta la sua fortuna al Governo del Canton Ticino per la creazione di una Università elvetica di lungua italiana. Molti altri benefattori seguirono l'esempio, cosicchè si costituì un fondo di parecchi milioni, ed ora il Governo del Canton Ticino ha fatto un primo passo per raggiungere lo scopo, creando una Scuola Superiore ticinese di cultura italiana, divisa in parecchie sezioni, la quale costituirà il nucleo della grande Università, che avrà tutte le Facoltà a simiglianza delle consorelle italiane.

Nel giornalismo medico.

Il periodico «La Stomatologia», organo della *Federazione Stomatologica Italiana*, aveva dovuto sospendere le pubblicazioni perchè il Direttore, professor G. Coen Cagli, chiamato in servizio militare, non poteva più dedicarvi la propria attività. Riprende ora le pubblicazioni sotto la direzione del dott. R. Rotelli, e ne saranno collaboratori ordinari i dott. R. Avanzi, G. Coen Cagli, B. Piergili e W. Dunn.

Rallegramenti e augurî.

L'ambulanza Gatti-Casazza.

L'amministrazione della Compagnia Metropolitana dell'Opera di Nuova York ha offerto al Governo italiano un'ambulanza della Croce Rossa, che sarà intitolata al nome del direttore Giulio Gatti-Casazza, per commemorarne il 10° anno di servizio.

La sera del 24 gennaio, vittima di investimento ferroviario, perdeva la vita, nelle vicinanze della stazione di S. Maria Capua Vetere, il capitano medico PIER PAOLO FUSCO, nativo di S. Lorenzello (Benevento), da poco assegnato al XVI T. O. della C. R. I., dopo di essere stato risparmiato dal piombo nemico sull'altipiano della Bainsizza, dove aveva data intera l'opera sua quale medico della 88ª Ambulanza da Montagna.

Così tragicamente si chiude l'esistenza di un giovane valoroso come medico e come giornalista, prossimo al conseguimento della libera docenza, che nei numerosi suoi scritti aveva affermato il suo brillante ingegno.

Prima dell'inizio della nostra guerra era medico titolare all'Ospedale Civile di Tripoli di Barbaria, posto che volontariamente abbandonò per rispondere con ardente slancio al santo appello della Patria e della Umanità. G.

È morto a Napoli il prof. GIUSEPPE ANTONIO PETRONE, libero docente in patologia e clinica pediatrica in quella R. Università. Era nato a Montagano (Campobasso); aveva 41 anni. Fu assistente alla cattedra di pediatria in Napoli, tenuta dal prof. Francesco Fede, e alla morte del maestro fu per vario tempo incaricato del corso ufficiale. Lascia pregevoli lavori nella sua specialità.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. Roma, 31 marzo 1918 Fasc. 13.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15; per l'Unione Postale** franchi **20** oro; — Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20; per l'Unione Postale** franchi **30** oro; — Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20; per l'Unione Postale** franchi **30** oro; — Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25; per l'Unione Postale** franchi **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALI DI C. R. I. DI SIENA
diretti dal T. Colonnello prof. BORDONI.

La metallizzazione dei tessuti.

NOTA PREVENTIVA

del prof. dott. CALANDRA EDUARDO,
Docente di ortopedia nella R. Università di Palermo, direttore sanitario dell'Ospedale « Sieri Pepoli », di Trapani.

Nella mia non breve pratica di chirurgia di guerra svoltasi al fronte per diciotto mesi quale Direttore dell'Ospedale Chirurgico da guerra N. 19, ed in zona territoriale per un anno intero quale Capo di un Reparto Chirurgico di 220 letti in Siena, ho potuto constatare, in numerose operazioni per estrazioni di proiettili o di schegge metalliche, la presenza di piccole zone di tessuto di sclerosi fortemente colorate in grigio piombo, che non contenevano alcuna scheggia metallica, quantunque corrispondessero ad altrettante macchie scure radiografiche.

Nel dubbio che si fosse potuto trattare di piccole schegge metalliche incapsulate e poi discioltesi, per l'azione dei leucociti o di sostanze elaborate dai tessuti stessi in presenza del corpo metallico, volli studiare più attentamente sia le varie radiografie dei casi operati che quelli da operare, sia le zone di sclerosi sud-

dette, durante le operazioni e anche dopo, macroscopicamente e microscopicamente. In breve dirò che ho potuto rilevare quanto segue:

Quando un proiettile metallico, specialmente se di piombo, penetra nei tessuti ed incontra un osso, fratturandolo, lascia spesso lungo il suo tragitto delle particelle metalliche ben rilevabili radiograficamente. Se la ferita avrà un decorso favorevole, con poca o senza suppurazione, allora il numero delle particelle metalliche resterà quasi sempre lo stesso; se però il tragitto verrà a suppurazione, allora le radiografie, fatte in diversi periodi di tempo, spesso faranno rilevare un maggior numero di piccole immagini metalliche e non tutte fortemente nere. Avverrà cioè *lo spezzettamento delle piccole schegge metalliche e la metallizzazione dei tessuti.*

Se si osserva poi la radiografia di una palletta di shrapnell che per parecchio tempo sia rimasta nei tessuti, facendo capo ad un seno fistoloso di antica data, anche senza la frattura di un osso, si noterà talvolta nel polo della palletta che guarda il seno fistoloso, o in quello opposto, una piccola massa scura, simile ad una coda, che non è altro che sostanza metallica disciolta.

In questi casi capiterà spesso rilevare durante l'operazione, in vicinanza ai tramiti fistolosi con schegge metalliche, quei tratti di tessuto di sclerosi, ai quali ho già accennato, fortemente colorati in grigio scuro a mo' di sottili striature longitudinali, e senza nucleo metallico; ovvero, qualche volta, col nucleo metallico non ancora completamente scomparso..

Che realmente il metallo dei proiettili, disciolto per l'azione dei liquidi elaborati dai tessuti, possa dare nella radiografia una macchia simile a quella di una scheggia metallica, anche quando non sia avvenuta alcuna suppurazione, lo prova chiaramente il seguente fatto: operai un soldato il quale presentava una frattura del femore destro per ferita da palletta di shrapnell con ritenzione del proiettile. La ferita delle parti molli era guarita e la radiografia dava la presenza della palletta al 3° inferiore della coscia destra, regione esterna. Estrassi la palletta, senza lo scucchiaiamento della sua piccola loggia fibrosa. La ferita operatoria guarì per prima intenzione. All'ottavo giorno dall'atto operativo, feci rifare la radiografia ed ebbi il piacere di poter constatare che, al posto ove prima dell'operazione si trovava la palletta, si rinvenne una nettissima macchia, *ma non fortemente nera,* ed un po' più piccola della macchia data dalla palletta. Evidentemente in quel posto i tessuti si erano colorati con la sostanza di piombo disciolta. Quindi la macchia era data dalla capsula fibrosa, che conteneva la palletta, e che io avevo lasciato fra i tessuti. Ciò però non avviene, ed è naturale, nelle estrazioni di schegge metalliche dalle ossa.

Un'altra prova che le schegge metalliche si possono spezzettare per l'azione dei liquidi elaborati dai tessuti, ce la fornisce quest'altro caso: ebbi in cura un soldato colpito da pallottola esplosiva alla mano sinistra. Venne nel mio Riparto dopo parecchi mesi dal trauma. La mano era in preda ad un vasto processo suppurativo con osteomielite del carpo e dei metacarpi. La radiografia mostrò estesa rarefazione del tessuto osseo della regione colpita e presenza di numerosi frammenti metallici.

Mi opposi all'amputazione proposta da altri, potendosi ancora tentare la cura conservativa. Difatti, dopo circa otto mesi, ed in seguito ad un intervento sul carpo, ottenni la guarigione. Feci rifare quindi la radiografia e potei notare che talune schegge metalliche si erano mosse verso il seno fistoloso, che sboccava alla regione dorsale esterna del carpo, ed una di esse, che si trovava a livello del 2° metacarpo, si era spezzettata in quattro piccoli frammenti distanti l'uno dall'altro.

Numerose altre osservazioni, delle quali produrrò i *clichés* in una mia seconda e meno sommaria pubblicazione, stanno a dimostrare quello che ho sopra affermato.

Non sto a dire come sia perfettamente inutile, anzi dannoso talvolta, sottoporre un paziente ad un intervento chirurgico per l'estrazione delle piccole schegge metalliche, o delle supposte schegge, quando già la ferita o il seno fistoloso sia passato a guarigione, e le schegge non diano molestia alcuna al paziente.

Non credo però superfluo raccomandare che ogni buon chirurgo sia sempre presente, prima di ogni operazione, alle indagini radioscopiche che debbono precedere quelle radiografiche, espletando personalmente tutte quelle ricerche dirette a stabilire la precisa ubicazione del proiettile, la reale presenza del medesimo, e per formarsi una specie di orientamento sull'atto operativo che dovrà intraprendere. Ciò, s'intende, quando non si potrà disporre di un tavolo operatorio al quale si possa applicare un apparecchio radiografico per le indagini radioscopiche durante l'atto operativo.

Ho voluto solo pubblicare queste mie osservazioni per dimostrare quanto sia interessante far precedere tutti gli interventi chirurgici, per estrazioni di proiettili o di schegge metalliche, dalla radioscopia e radiografia, di studiarne be-

ne le macchie date dalle schegge metalliche, differenziandole da quelle date dai tessuti imbibiti di sostanza metallica disciolta, e di accludere alla cartella clinica dei feriti, operati di estrazione di proiettili, e traslocati in altri ospedali non ancora guariti, le radiografie eseguite prima e dopo l'operazione, con l'indicazione e spiegazione delle eventuali macchie radiografiche residuali (*falsi proiettili*) che persistono dopo l'estrazione del corpo metallico. Ciò, s'intende, per evitare qualche successivo ed inutile intervento chirurgico.

Siena, febbraio 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI TAPPA DI VERONA
diretto dal col. med. dott. ORLANDI cav. GIOVANNI.

Constatazione radiologica di alcuni casi di distopia congenita dei visceri (1)

pel dott. LORENZO COLESCHI,
capit. med., dirett. del Gabinetto Radiologico.

L'anomalia congenita di posizione degli organi toracici ed addominali che va col nome di *situs viscerum inversus seu perversus* era nota anche agli antichi anatomici, per quanto assai rari risultino i casi constatati all'autopsia, che, per esempio, secondo il Löwenthal ascenderebbero soltanto a sei. Essa era nota anche agli antichi medici, per quanto più conosciuta sotto il nome di *destrocardia* o *destiocardia*, forse perchè l'anomalia di posizione del cuore era quella più facilmente accessibile alla dimostrazione semeiotica, l'unica che essi potessero allora utilizzare. Dopo l'êra radiologica, e con l'estendersi dell'esame coi raggi X ad un numero sempre più grande di malati, la dimostrazione dell'anomalia congenita in parola diventò naturalmente più facile e quindi più frequente. Ma la frequenza con cui in questi ultimi tempi si è avuto agio di osservarla negli individui delle classi militari richiamate a nuova visita, è stata così numerosa, che mi ha spinto a pubblicare la presente nota.

Come si sa, il *situs viscerum inversus* consiste nella anomala disposizione degli organi toracici ed addominali, per cui si trovano a destra quegli organi che normalmente sono disposti nella metà sinistra del corpo, e viceversa: si riscontrano quindi a destra il cuore, la milza, lo stomaco ed il colon distale; a sinistra il fegato ed il colon prossimale. E pure invertiti sono gli altri organi: così il polmone sinistro ha tre lobi e il destro due, l'esofago e l'aorta discendente decorrono sul lato destro, e non sul sinistro, della colonna vertebrale; i reni sono pure invertiti, chè il sinistro si trova contro le regole più basso del destro, e così pure i testicoli, di cui invece è il destro quello che, contro la norma, si trova più basso.

Alcuni distinguono la *destrocardia* dal *situs viscerum inversus* propriamente detto, nel senso che la distopia colpirebbe nel primo caso il solo cuore e nel secondo tutti gli organi in generale; ma, anche al dire di tutti gli autori, questo ultimo caso è il più frequente. I casi che ho detto si sono potuti osservare in questi ultimi tempi con tanta frequenza appartengono tutti al tipo della distopia totale; uno solo di essi fa apparente eccezione per un'anomalia del colon, di cui dirò appresso, e può in parte ravvicinarsi ad un altro descritto da Hickmann in cui il solo ceco aveva preso parte alla distopia.

In molti casi (e sono anzi secondo noi i più numerosi) l'anomalia di posizione viscerale non provoca il menomo disturbo. Così l'Eickhorst cita due casi da lui osservati in due uomini, di cui uno faceva il mestiere assai faticoso del fabbro, e l'altro era un uomo ben portante ed assai forte che aveva servito per più anni nelle guardie a cavallo. Molte volte le persone affette da tale anomalia sono mancine, forse in merito all'anomala situazione del tronco brachiocefalico, che secondo alcuni sarebbe la causa della maggiore irrorazione sanguigna dell'arto superiore destro, e quindi della sua più attiva nutrizione e del suo prevalente impiego. In altri casi però coesistono indubbiamente col vizio di posizione alcune malformazioni cardiache (vizi congeniti del cuore) o gastro-intestinali (ptosi dello stomaco e del colon), ecc. In taluni casi anzi le malformazioni cardiache rendono impossibile la vita o cagionano quasi subito la morte: così il Löwenthal descrive un caso di destrocardia in cui mancava l'arteria polmonare, ed il sangue perveniva ai polmoni solo attraverso il dotto di Botallo rimasto pervio; così l'Eickhorst cita due casi in cui i malati furono colpiti da reumatismo articolare e da insufficenza della mitrale, fatto osservato pure dal Gerard in un bambino di pochi anni.

L'Orlandi (attuale Colonnello medico, Direttore dell'Ospedale Militare di Verona, ed allora Sottotenente medico) pubblicò molti anni fa una memoria in proposito sulla « Rivista

(1) Pubblicazione autorizzata dalla Direzione dell'Ospedale Militare di Tappa di Verona.

Clinica » di Bologna, ove appunto, prendendo occasione da un caso di *situs viscerum inversus* capitato alla sua osservazione, esponeva il concetto che tale anomalia non dovesse sempre ed invariabilmente influire sullo stato di salute individuale, e quindi sulla capacità dell'individuo a sopportare le fatiche militari.

Dopo tale pubblicazione ed in seguito all'interessamento dell'allora maggiore medico Ubaudi, fu apportata una modificazione nell'*Elenco delle infermità* pei militari riguardante la destrocardia, che era prima causa assoluta di riforma, e divenne nel nuovo Elenco tale solo quando (art. 65) « alteri le funzioni del cuore o danneggi quelle degli organi vicini ».

Debbo appunto alla gentilezza del sig. Colonnello Orlandi l'aver potuto osservare i casi che mi hanno spinto alla presente nota, e che sono stati nella massima parte inviati all'esame radiologico dal Reparto Osservazione da lui diretto. Forse tal fatto ne spiega appunto la frequenza, chè mai come nei tempi che corrono si è data la possibilità di osservare medicalmente un numero così grande di individui.

Tanto è poi vero che il *situs viscerum inversus* non è sempre causa di disturbi funzionali, che capita spesso di constatarlo accidentalmente in individui osservati per tutt'altro scopo. Così in un soldato inviatomi dal Reparto Tubercolosi la scoperta della destrocardia fu fatta solo casualmente allo schermo radioscopico, osservando il torace del malato per la constatazione dei fatti polmonari. Dirò anzi di più, che in tal caso, non solo il malato non sapeva di possedere l'anomalia in parola, ma questa non si sarebbe certo altrimenti potuta constatare, almeno ad un esame clinico superficiale. Infatti all'esame semeiologico dell'infermo, che presentava (come molti tubercolosi) il cuore in posizione mediana, e che aveva per di più un vizio valvolare del cuore, si rilevava nella metà sinistra del torace un tale impulso cardiaco ed un'aia di ottusità così vasta, dovuta al cuore destro enormemente debordante, che non si poteva certo sospettare la viziata posizione dell'organo. Il cuore però aveva la punta nettamente rivolta a destra: l'individuo era quindi certamente un destrocardico.

Questo fatto dimostra sempre più l'importanza dell'esame radiologico anche nella constatazione di tali vizî di posizione, che pure sono nella massima parte riconoscibili al solo esame obbiettivo.

Con l'indagine radiologica la constatazione del *situs viscerum inversus* riesce naturalmente più facile e sicura; ed è anche più rapida e certa la sua differenziazione dagli spostamenti che i vari organi (e più specialmente il cuore e lo stomaco) possono subire per varie contingenze patologiche. Così, per esempio, il cuore può spostarsi a destra in seguito ad un pneumotorace sinistro, o ad una raccolta pleurica della base sinistra del torace, o ad una retrazione del polmone destro; così lo stomaco può essere sospinto a destra da un'abbondante raccolta gassosa nell'angolo splenico del colon, o da tumori nelle vicinanze di questo, oppure essere retratto verso destra dalla esistenza di aderenze col fegato, ecc., ecc.

L'esame radiologico dell'individuo in cui si sospetta una inversione viscerale deve essere condotto con metodo; e basta in genere il solo esame radioscopico per accertare la situazione dei visceri principali.

La radioscopia del torace ci mostrerà facilmente il cuore colla punta rivolta verso destra: l'ombra cardiovascolare apparirà quindi come rovesciata, con due curve a sinistra e tre a destra, di cui la superiore rappresenta l'arco aortico, pure rivolto a destra. Qualche rarissima volta, in individui molto sottili, sarà possibile anche osservare l'ombra del tronco brachiocefalico che si stacca dal lato sinistro dell'aorta, invece che dal destro. Sarà invece sempre possibile accertare che l'aorta discendente decorre lungo il lato destro, invece che lungo il sinistro, della colonna vertebrale, perchè la sua ombra sarà più facilmente visibile nella posizione obliquo-anteriore-destra che non, come normalmente, in quella obliquo-anteriore-sinistra. La radioscopia del cuore, e l'esame dell'ampiezza e della forma delle sue curve, ci diranno inoltre se col vizio di posizione sieno eventualmente concomitanti vizi valvolari cardiaci.

Dopo questo esame io soglio somministrare all'infermo le polveri del Frerichs per gonfiare lo stomaco, non tanto per vedere la posizione di questo (che sarà poi meglio studiata con l'esame successivo), quanto per studiare la posizione della milza e del fegato, l'ombra dei quali, specie di quest'ultimo, spicca assai netta sullo spazio chiaro dello stomaco ripieno di gas. Si vedrà allora chiaramente la milza a destra e lo stomaco a sinistra; e l'ombra di quest'ultimo sarà riconoscibile dall'ombra di quella, sia per la sua maggiore estensione, sia per la direzione del suo margine inferiore più obliqua dall'interno all'esterno e dall'alto in basso, sia infine per la visibile incisura che essa presenta in corrispondenza della cistifellea.

Si passa quindi all'esame del tubo digerente, somministrando all'infermo uno dei comuni

pasti opachi di contrasto. Durante l'ingestione, seguendo il bolo opaco nella sua discesa lungo l'esofago, si avrà agio di constatare la anomala posizione dell'esofago stesso, e la sua decorrenza lungo il lato destro, invece che lungo quello sinistro, della colonna vertebrale. Quando lo stomaco sarà riempito, lo vedremo diretto da destra a sinistra: sarà quindi riconoscibile la camera d'aria sotto la cupola destra del diaframma, e la porzione pilorica col bulbo duodenale nella metà sinistra del corpo. L'espressione del bulbo, provocando il riempimento del duodeno, ci mostrerà anche quest'organo in posizione viziata, chè l'arco di cerchio da esso formato sarà rivolto con la concavità a destra invece che a sinistra. Proseguendo nell'osservazione, quando (dopo 24 ore in genere) il colon sarà tutto ripieno del pasto opaco, ne potremo pure constatare la viziata posizione: troveremo a sinistra il colon prossimale col ceco, l'ascendente e la metà iniziale del trasverso, e a destra quello distale con la rimanente parte del trasverso, il discendente ed il sigma. Gli angoli colici saranno pure spostati, e sarà quindi più alto il destro del sinistro, corrispondendo quest'ultimo all'angolo epatico nella viziata posizione degli organi. Il retto dimane naturalmente nella linea mediana.

Come pel cuore, anche pel tubo digerente l'esame radioscopico ci permetterà inoltre la constatazione della eventuale concomitanza di vizi di situazione degli organi (ptosi gastriche o coliche), o di alterata funzionalità dei medesimi (atonie, ritardi della motilità, ecc.), o di variazioni della loro forma e del loro volume (difetti di riempimento, dilatazioni, ecc.).

Esula naturalmente dal compito dell'indagine radiologica la constatazione della viziata posizione degli altri organi, oltre i descritti; per quanto tale indagine potrebbe essere utile anche per l'accertamento della inversione dei reni; chè sulle buone radiografie della regione renale (eseguite con alta intensità e posa brevisima) l'ombra del rene è quasi sempre visibile. Nei casi di inversione sarà così facile constatare che l'ombra del rene sinistro si trova, contro la regola, più bassa di quella del destro.

Quanto alla inversione dei polmoni, è imposibile rilevarla allo schermo, ove la delimitazione dei singoli lobi polmonari non è visibile. Essa potrà diagnosticarsi con l'esame laringoscopico, constatando che l'adito del bronco sinistro è più ampio di quello di destra.

* * *

I casi di *situs viscerum inversus* constatati in questo Gabinetto Radiologico dal 1914 ad oggi ammontano al numero di 10, di cui 9 sono stati riscontrati in questi ultimi tempi (dal luglio 1917 in poi).

Volendo stabilire una percentuale, questa non risulta invero molto elevata (circa il 0,03 per cento), perchè questi casi furono trovati in mezzo ad un numero assai grande di esami: malati e feriti, il cui torace fu esaminato radiologicamente per varie ragioni (N. 1800 circa), tubercolosi osservati a tutt'oggi (numero 1210), malati presentatisi negli anni suddetti al Reparto Osservazione (N. 30.000 circa). Ma in ogni modo la cifra di 10 è già assai elevata, se si considera la rarità con cui tale anomalia suole presentarsi, al dire di ogni autore, ed è già superiore ai sei casi menzionati dal Löwenthal, cui prima ho accennato. Si noti inoltre che le nostre osservazioni cadono naturalmente soltanto sull'elemento maschile; mentre si sa che anche nelle donne può

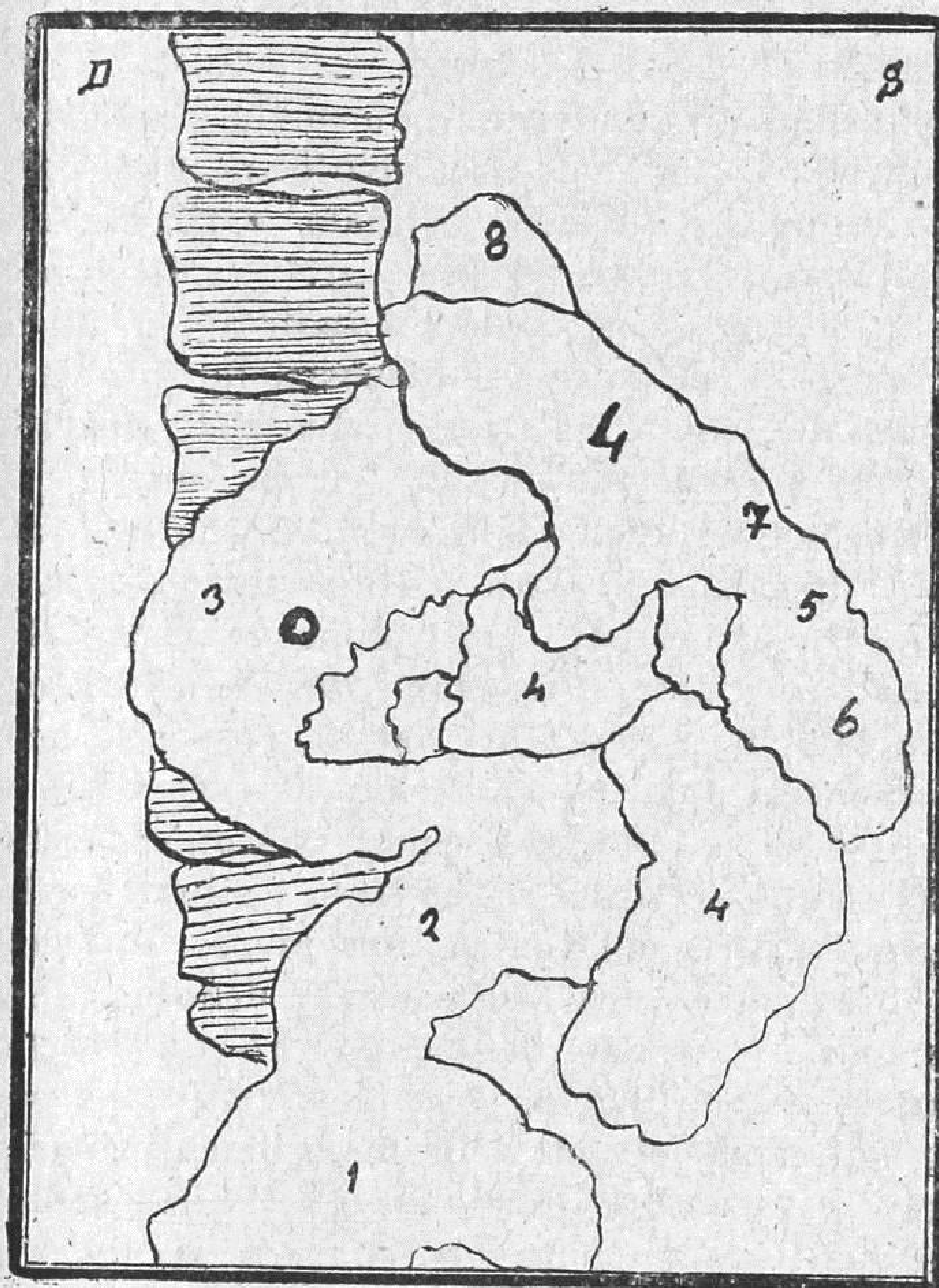


Fig. 1.

1. Ampolla rettale. — 2. Sigma colico. — 3. Colon discendente. — 4. Anse del colon trasverso. — 5. Colon ascendente. — 6. Ceco. — 7. Angolo epatico del colon. — 8. Angolo splenico del colon.

avverarsi la trasposizione dei visceri, come dimostrano casi citati dall'Eickhorst e da altri.

In tutti i casi che capitarono sotto la nostra osservazione la distopia era generalizzata a tutti gli organi toracici ed addominali; in altri termini non ci fu mai dato di osservare un caso di pura destrocardia. In tutti inoltre (meno due) la distopia congenita non portava seco nessun disturbo funzionale degli organi distopici: gli individui erano tutti abilissimi al servizio militare.

Tre soli casi meritano speciale menzione: uno perchè, come fu detto, faceva apparente eccezione alla distopia generale degli organi; gli altri due per l'esistenza di alterazioni funzionali dei visceri distopici.

Il primo era un richiamato della classe del 1887 (M. A.), il quale accusava come unico disturbo una stitichezza ostinata e ribelle, ad ogni cura. In esso l'esame del tubo digerente fatto, *per ore*, nel modo suindicato, mise in evidenza una curiosa disposizione dei segmenti del colon, che mi indusse a ripetere l'esame di questo con un clisma opaco. Il calco della radiografia ottenuta, che qui riporto (fig. 1), dimostra il colon tutto allogato nella metà sinistra dell'addome. Anche in questo caso però la distopia deve considerarsi completa, ed i segmenti del colon sono completamente invertiti nella loro posizione: perchè (come si rileva dal calco) il segmento che rappresenta il colon discendente è situato nella metà sinistra del ventre, ma presso la linea mediana, a destra della quale deborda anzi per un brevissimo tratto; mentre quelli che rappresentano il colon ascendente ed il ceco sono nettamente situati nella fossa iliaca sinistra. La stipsi ostinata da cui era affetto il soggetto in questione è benissimo spiegata da questa viziata posizione del colon; e fu inoltre confermata dal modo di comportarsi del clisma opaco, il quale progrediva assai stentatamente attraverso le numerose piegature presentate dal grosso intestino.

Il secondo caso riguardava un soldato del... Regg. Fanteria (F. E.), della classe del 1899. Era questi un soggetto assai magro ed anemico, di corporatura snella ed alta, che poteva ascriversi al tipo della prima combinazione morfologica del De Giovanni. Una teleradioscopia rivelava in questo individuo l'aumento di tutti i diametri cardiaci: il cuore destro era assai debordante; la punta del cuore, molto arrotondata, restava coperta dal diaframma anche nelle inspirazioni profonde, ed in posizione obliquo-posteriore-destra, scompariva dietro l'ombra della colonna vertebrale sotto un angolo di circa 50°. Clinicamente esso presentava i sintomi di una insufficienza mitralica. A carico del tubo digerente notavasi una forte ptosi ed una discreta ectasia gastrica, ed una ptosi del colon prossimale, per cui l'angolo epatico del colon veniva a trovarsi al di sotto della cresta iliaca, naturalmente di sinistra, data la distopia organica. Esisteva inoltre atonia con ritardato vuotamento dello stomaco e del colon. Tale posizione degli organi digerenti era però forse imputabile alla costituzione morfologica del soggetto, più che a cause patologiche.

Il terzo caso era il tubercoloso accennato più sopra, che presentava anche esso i sintomi clinici di una insufficienza mitralica ed un ingrandimento di tutti i diametri cardiaci.

***

Questi i fatti da me osservati, e che ho voluto riportare più che altro a scopo di curiosità scientifica. Essi in ogni modo serviranno a dimostrare l'importanza dell'esame radiologico anche nella diagnosi di questo vizio congenito, che, per quanto raro e per lo più non provocante disturbi, è però da tenersi presente nella valutazione coscienziosa della validità individuale.

Verona, 30 gennaio 1918.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI VERONA
diretto dal col. med. ORLANDI dott. cav. GIOVANNI
GABINETTO di RADIOLOGIA
diretto dal dottor LORENZO COLESCHI, cap. med.

Un caso di raccolta libera incistata al disotto del diaframma diagnosticata coll'esame radiologico

pel dottor CARLO GUARINI, tenente medico.

Il caso che tratto si riferisce al sergente P... della classe 86, del 6° Alpini.

Viene inviato all'esame radiologico con diagnosi di ferita d'arma da fuoco (fucile) all'emitorace destro, con lesione pleuro-polmonare, e all'addome, con probabile lesione epatica e peritonite circoscritta.

Dalla storia clinica si rileva che il P. fu in condizioni generali assai gravi per sintomatologia addominale, peritonite circoscritta. Ebbe emorragia dalla ferita e successiva fistolizzazione della ferita stessa, con secrezione biliare per evidente lesione epatica.

All'emitorace destro, in corrispondenza dell'8° spazio intercostale, sull'ascellare posteriore,

si nota una piccola ferita circolare, della grandezza di un centesimo, con granulazioni fungheggianti e secrezione siero-ematica.

All'esame dell'apparato respiratorio si riscontrano sintomi di lesioni pleuro-pulmonari alla base del polmone destro, con modico versamento.

L'addome è abbastanza trattabile; ma la palpazione risveglia dolore, specie alla regione dello ipocondrio destro, dove si rileva una pastosità profonda e non si riesce a palpare il bordo libero del fegato.

Sottoposto il giorno 17 aprile 1917 all'esame radiologico, alla radioscopia si è notato un'ombra più chiara al disotto del diaframma, al disopra del fegato. Si ha l'impressione di una raccolta libera incistata al disotto del diaframma, della grandezza di un grosso arancio, giacchè, con gli scuotimenti impressi all'infermo, durante l'osservazione, si avverte il movimento di un'onda liquida. Si riscontra inoltre frattura comminuta della IX costola di destra.

La radiografia, eseguita in posizione verticale, lascia notare al disopra della ombra del fegato una zona trasparente, limitata in alto da un'ombra curvilinea, data dal diaframma; questa curva è sottesa da una ombra lineare che rappresenta il livello del liquido, il quale, in una radiografia laterale del P., si mostra spostato in basso, lasciando trasparire nettamente le costole.

Sia all'esame radioscopico, che radiografico, non appare alcuna ombra nel torace e nello addome da attribuirsi a corpo estraneo.

* * *

È noto che quando si fa l'esplorazione radiologica del torace, a destra è impossibile potere distinguere l'ombra del diaframma da quella del fegato. Le due ombre sono insieme confuse ed ordinariamente sono limitate da un contorno arrotondato.

In caso di ascesso del fegato, se questo è intraepatico, non si vede. Con molta frequenza l'ascesso interessa la parte convessa del fegato. Radiologicamente, dice Giavedoni, « si diagnostica per una prominenza opaca sul limite convesso, cioè per un sollevamento localizzato dell'arcata diaframmatica, con riduzione delle escursioni respiratorie, del diaframma, in conseguenza di una reazione infiammatoria di questo ».

Quando si tratta di ascessi gassosi, l'ombra diaframmatica e l'ombra del fegato sono nettamente dissociate e compaiono sullo schermo separate da una zona chiara.

Nell'ascesso sotto frenico, a destra, si vede il diaframma apparire come un'ombra immobile ed isolata, al disotto della quale si vede uno spazio chiaro attraversato da una linea, che, con la succussione, si sposta. Spesso, però, questi segni sono poco evidenti; allora bisogna completare l'esame radiologico con processo di Achard.

Nel caso che tratto la lesione epatica in primo tempo è stata evidente. Il seno fistoloso, che si era formato, si chiuse tanto, che il P. non ne presentava tracce quando fu inviato all'esame radiologico, tranne la piaghetta descritta innanzi.

L'esame clinico faceva rilevare solo una massa pastosa, la cui natura rimaneva oscura.

L'esame radiologico dava a prima vista l'impressione di ascesso subfrenico. Questo si dovette escludere, perchè in questi casi è difficilissimo trovare l'ombra chiara delimitante il livello del liquido e l'arcata diaframmatica, ombra che è dovuta alla presenza di gas.

Se si fosse trattato di ascesso gassoso, i caratteri sarebbero stati quelli innanzi descritti.

Ascesso epatico neanche poteva essere, altrimenti non avremmo visto l'ombra chiara.

Nel caso che tratto il liquido si spostava con la succussione, ondeggiava, il livello seguiva gli spostamenti del P. Tutto questo non poteva avvenire, se, oltre al liquido, non vi fosse stato del gas al disopra. Evidentemente con la lesione polmonare era penetrata dell'aria. Cicatrizzandosi la ferita diaframmatica l'aria era restata al disopra della raccolta liquida che si andava formando.

Questa raccolta liquida doveva essere di origine sierosa, altrimenti il liquido non avrebbe avuto la fluidità che lasciava vedere allo schermo. Altra circostanza che depone a favore della natura sierosa della raccolta è il fatto che le escursioni respiratorie erano ridotte di poco; la diminuita motilità diaframmatica dal lato della raccolta si doveva forse più mettere a carico della lesione traumatica del diaframma stesso e della soprastante pleurite, che non alla raccolta stessa.

Data l'ubicazione della raccolta bisogna tener presente che il peritoneo in quel punto si trova addossato alla pleura, in corrispondenza di lacune che presenta il diaframma.

Questa raccolta dovette poi con tutta probabilità incistarsi in quella specie di tasca che forma il peritoneo, quando si ripiega dal diaframma sul fegato formando il foglietto superiore del legamento coronario.

Dato il fatto che il seno fistoloso si chiuse, la lesione epatica dovette essere di lieve entità.

Si formò una peritonite circoscritta retro-epatica, in comunicazione con la pleura, sia direttamente, per la ferita diaframmatica, sia per le lacune diaframmatiche.

Dai riferiti sintomi clinici e dallo esame radiologico feci diagnosi di raccolta libera incistata al disotto del diaframma.

Non potei seguire il malato, perchè per ragioni di sgombro venne inviato in altro ospedale.

Il giorno 7 settembre 1917 fu inviato nuovamente a questo Gabinetto radiologico per essere sottoposto ad esame, per ricerca proiettile.

Si è notato: presenza di una scheggia metallica la cui proiezione cade sulla paravertebrale destra, all'altezza della interlinea articolare fra la 12ª dorsale e la prima lombare. La scheggia è intraddominale più anteriormente chè posteriormente.

Al torace non si nota niente di anormale. Appena traccia della pregressa pleurite, data da una minore luminosità del seno costo-diaframmatico destro.

Il proiettile, che non avevamo veduto la prima volta che il P. fu sottoposto allo esame, si è messo in evidenza in questo secondo esame essendo scomparsa la raccolta liquida.

Interrogato il P. questo riferisce di non essere stato sottoposto a nessun atto operativo durante la degenza in altri ospedali.

Da quanto ho esposto risulta che si possono avere casi di raccolta liquida incistata sotto diaframmatica, la cui natura clinicamente non è facile riconoscere. Che l'esame radiologico le può mettere in evidenza, tenendo presenti i caratteri innanzi esposti.

NOTE DI TECNICA.

Gli interventi al trocoscopio nella chirurgia di guerra.

Capitano dott. ATTILIO MAFFI,
Direttore dell'Ambulanza Radiologica della Croce Rossa Italiana per la II Armata.

La localizzazione dei proiettili primari o secondari è il compito abituale della radiologia di guerra propriamente detta, cioè di quella radiologia che si può esercitare negli ospedali da campo, da guerra, nelle Ambulanze avanzate, negli Ospedali chirurgici mobili, ecc.

In tutte queste unità il ferito recente è sottoposto all'esame radiologico specialmente per lo scopo di individualizzare e localizzare proiettili senza nessuna pretesa di finezza artistica di lavoro o di minuzioso dettaglio, ma colla esclusiva preoccupazione di poter soccorrere coscienziosamente e subito l'enorme materiale umano che in certi periodi preme sopra le unità sanitarie avanzate.

È sempre la radioscopia diligente quella che nel più breve tempo dà il criterio direttivo al chirurgo che voglia accingersi alla estrazione di un proiettile. Come già più volte accennai in relazioni precedenti (1-2) io opino che il radiologo anche a costo di maggior sacrificio e purtroppo di maggior danno per la sua salute debba procedere nella generalità dei casi alla radioscopia per orientarsi nell'esame del ferito, ed insistere con questa fino alla localizzazione servendosi eventualmente dei numerosi mezzi di misura che sono ormai a disposizione di tutti i gabinetti, ma basandosi sopratutto sui rapporti anatomici visti sotto diverse proiezioni.

Se ci si trova in regioni poco trasparenti o molto complesse (cranio, faccia, colonna vertebrale, bacino) si deve spesso aggiungere la radiografia come complemento di maggior dettaglio, oppure come documento scientifico o medico legale.

Ma quando la localizzazione è fatta, non è a dire che il compito del chirurgo sia sempre facile: l'estrazione in certe regioni presenta tali difficoltà per la delicatezza degli organi da attraversare, che il chirurgo resta molte volte per-

(1) MAFFI cap. dott. ATTILIO. *I criteri di opportunità ad intervenire per estrazione di proiettili.* Relazione alla VII Riunione medico-militare della Accademia delle Scienze di Ferrara, gennaio 1917.

(2) MAFFI cap. dott. ATTILIO. *Grossa scheggia metallica libera nel ventricolo destro del cuore proveniente dalla porzione intra-epatica della vena cava ascendente.* La Radiologia Medica, luglio-agosto, 1917.

plesso essendo consapevole dei pericoli ai quali esporrebbe il ferito coi maneggi di ricerca.

Spesso il rischio è tale che il chirurgo finirebbe per rinunziare ad un intervento di esito troppo problematico oppure tale da non avere proporzione tra il rischio ed il presumibile vantaggio.

In moltissimi di questi casi il radiologo può rappresentare il faro salvatore mettendosi a disposizione del chirurgo per un *intervento al trocoscopio.*

Nel mio servizio radiologico di guerra ho avuto la impressione che troppo poche volte si ricorre a questo prezioso sussidio operativo forse perchè radiologo e chirurgo non riescono ad avere un affiatamento così stretto come possono avere nella chirurgia civile, pel fatto che non conoscendosi abbastanza a fondo non hanno mai potuto calcolare il valore della fusione dell'opera radiologica con quella chirurgica.

In effetto gli interventi al trocoscopio non sono molto numerosi nella pratica corrente, eppure non è difficile mettersi in condizione da eseguire questi utilissimi interventi senza bisogno di impianti complicati nè di attitudini eccezionali, e senza esporre il chirurgo ai temuti danni dei raggi X.

I pericoli del servizio radiologico sono tanto più gravi pel chirurgo moderno, in quanto che le esigenze della asepsi mettono le sue mani in condiizioni di poca resistenza contro le radiodermiti; e per ciò pochi chirurghi possono esercitarsi a fondo nella pratica radioscopica, e in genere rifuggono quasi con terrore (non ingiustificato) dall'assistere alle sedute radioscopiche prolungate.

Occorre dunque che il radiologo tenga conto di queste premesse, e dia aiuto al chirurgo senza troppo esporlo ai pericoli della radiodermiti.

Per brevità io voglio descrivere il metodo da me usato nel servizio di *radiologo ambulante;* così i colleghi potranno dedurne le piccole astuzie tecniche che valgono a poter eseguire in qualunque gabinetto gli interventi al trocoscopio che possono presentarsi nella pratica:

Chiamato da un ospedale castrense per esami radiologici, io cerco appena arrivato l'ambiente che possa prestarsi come camera radioscopica. Una stanza anche nuda in qualunque posizione della casa o della baracca ospitaliera può servire all'uopo. È da preferirsi un ambiente discretamente largo (4 m. × 5) con aperture poco numerose, che abbia accesso non direttamente verso l'esterno, ma meglio verso un corridoio od un atrio dove si possa ottenere una luce moderata. Così si eviterà che ogni volta che si apre l'ingresso per introdurre i pazienti entri nella camera radioscopica una luce troppo viva che abbaglierebbe gli operatori.

Scelto l'ambiente faccio scaricare e montare tutti gli apparecchi radiologici ed il tavolo trocoscopico.

Tutte le aperture della camera vengono occluse per mezzo di coperte doi lana che si fissano con pochi chiodi ai telai delle finestre; alla porta che deve servire di accesso alle persone ed al cavo elettrico faccio applicare una coperta doppia fissata all'alto della porta e cascante fino a terra come una doppia tenda in modo da lasciare la possibilità di circolare in caso di bisogno. Nella camera è utile una lampadina elettrica di scarsa intensità con un interruttore che sarà manovrato da un piantone soltanto dietro comando degli operatori.

Durante i preparativi il radiologo sta nella camera in modo da andare man mano abituando la retina alla visione in semioscurità. Se il chirurgo deve assistere alla radioscopia è necessario che anche egli si trattenga allo scuro per poter poi subito percepire coll'occhio ciò che importa vedere senza esporsi troppo a lungo agli effetti dei raggi Roentgen.

Si introduce il paziente e si comincia l'esame.

Supponiamo si tratti di un proiettile in una natica.

—: quante natiche squarciate per cercare una innocua pallottola sita un po' profonda nella fossa iliaca esterna!!

Siccome le carni della natica sono considerate di poco conto, parecchi chirurghi non si peritano di macellare questa poco nobile parte del corpo, e sebbene le conseguenze non siano mai gravi, tuttavia si hanno come primo danno le degenze lunghissime dei pazienti male squarciati.

— Eseguendo l'intervento al trocoscopio è certissimo che in pochi istanti si può estrarre qualunque proiettile alla natica senza produrre inutili demolizioni di piani muscolari: Si fa una localizzazione iniziale col malato bocconi sul trocoscopio, e con successivi spostamenti osservando il paziente sotto incidenze diverse si giudica con buona approsismazione della profondità del proiettile. Al caso ci si può servire di un localizzatore come quelli del Baese, del Ghilarducci, del Mignacca, ecc.

Sospesa la radioscopia si accende la piccola lampadina e si ha luce sufficiente per praticare nella natica l'incisione previa preparazione e disinfezione della parte coi metodi soliti.

Incidendo ci preoccupa di seguire la direzione delle fibre muscolare dei varii strati in modo da non demolire inutilmente dei fasci muscolari;

un assistente con uncini tiene divaricati i fasci muscolari. Si spegne la lampadina, si illumina il tubo radioscopico e si osservano i rapporti tra ferita e proiettile; l'operatore insinua nella ferita aperta una pinza dentata, una Kocher, oppure un grosso Klemmur secondo il bisogno e la dirige verso il proiettile fino a raggiungerlo se possibile. Se non è dato arrivare subito sul proiettile si vede la direzione precisa in cui allargare la strada per aggredirlo utilmente. Si fa ancora una volta buio e luce, si sbriglia, si dà ancora un colpo di radioscopia se occorre ed il proiettile è infallantemente estratto in breve.

È molto più lunga la esposizione che non il fatto.

L'enorme frequenza di proiettili nello spessore dei muscoli della coscia e la discreta difficoltà di estrazione dovuta al fatto della mobilità eccessiva delle masse muscolari di questo segmento la quale disorienta il più abile e paziente chirurgo; la facilità con cui un movimento di rotazione impercettibile fa deviare i rapporti del proiettile rispetto all'osso femorale, sono argomenti che dimostrano la grande utilità dell'intervento al trocoscopio da eseguirsi coi semplicissimi criterii suesposti.

Nè molto dissimile è il modo di procedere in regioni di difficile accesso e di estrema delicatezza: bisognerà dare maggiore importanza alla diligente preparazione del campo operativo e al frazionamento dell'atto operativo in diversi tempi in modo da ottenere il progressivo precisarsi della via di accesso verso il proiettile colle minori lesioni possibili di tessuti.

Lo schermo è tenuto sollevato dal campo operativo quanto basta per non toccare nulla di quanto deve essere asettico.

Dimostrativa come esempio può essere la descrizione di uno di questi atti operativi eseguiti sotto la mia guida radioscopica dal professore magg. Angeletti, Direttore dell'Ospedale di Guerra, n. 10.

Cividale, 27 maggio 1917. — O... M..., soldato del... fanteria, ferito tre giorni prima nella regione di Monte Planina da palletta di shrapnell penetrata dalla regione parietale destra a 3 dita dalla linea mediana e lungo il piano verticale bimastoideo.

La radioscopia riscontra una palletta a shrapnell nella fossa cerebellare destra ad 1 cm. a destra della linea mediana, a metà distanza fra la rocc petrosa e la protuberanza occipitale.

Si pratica una cranictomia preventiva abbastanza estesa asportando scheggie di parietale affondate e corpi estranei trascinati dal proiettile; le scheggie erano a spese del parietale e dell'occipitale e sotto di esse la massa cerebrale era spappolata commista a coaguli sanguigni. — Emostasi e zaffamento.

Il giorno successivo 28 maggio si riporta il paziente sul trocoscopio; e nella sala radioscopica si prepara il tutto per l'intervento definitivo.

Si ripete la radioscopia di orientamento e si segnano con tintura di jodio i punti di repere, poi si dirige una pinza tirapalle nella direzione segnata.

Si torna ad illuminare il tubo radiologico e con il perfetto controllo di ogni movimento protendendo la pinza fin sotto la tenda del cervelletto si fa avanzare la sua punta fino a contatto colla pallottola, si aprono le branche e si estrae il proiettile.

Tutto compreso questo intervento è durato circa cinque minuti e non vi furono guasti chirurgici nella sostanza cerebrale e cerebellare perchè la pinza potè seguire la via fatta dal proiettile giungendo appena a lato del verme cerebellare.

Il paziente tollerò benissimo l'atto operativo e dopo alcuni giorni potei vederlo tranquillo e contento e potei presentarlo insieme con altri pazienti da me esaminati ai membri tecnici della Commissione della Croce Rossa Internazionale Prof. D'Espine dell'Università di Ginevra e dottor Martin du Pan, i quali furono entusiasti del metodo e dei risultati constatati, come furono del resto entusiasti del funzionamento della Ambulanza Radiologica da me diretta.

Parecchi casi di proiettili alla spalla ed all'ascella furono operati al trocoscopio sotto la mia guida e se ne ebbe una grande semplificazione tecnica e rapidità di esecuzione (1).

Se così brillanti risultati (senza modestia)! si possono ottenere con una Ambulanza Radiologica di guerra costretta a funzionare in ambienti improvvisati alla meno peggio, tanto di più si potrà ripromettersi in gabinetti fissi forniti di ogni comfort.

Ed anche qui non voglio chiudere senza insistere sulla immensa superiorità diagnostica chirurgica del metodo radioscopico su quello radiografico; e questa superiorità io debbo affermare anche contro il parere e l'abitudine di parecchi colleghi radiologi di guerra.

Il tempo tuttavia mi dà ragione per chè non pochi valentissimi radiologi che nei primi tempi della guerra nostra sostenevano la necessità e l'utilità di fare radiografie per ogni paziente in-

(1) Numerosi altri casi ebbi successivamente occasione di operare nel III° Ospedale Chirurgico Mobile diretto dal magg. prof. Margarucci nella mia qualità di chirurgo capo reparto.

vece che radioscopie, hanno ora cambiato rotta arrendendosi alla evidenza dei risultati pratici.

Gli intervenuti al trocoscopio dovranno poi entrare molto di più nell'uso dei chirurghi di guerra se essi si famigliarizzeranno con il radiologo in modo da fondere e sommare le attitudini di ciascuno a vantaggio di tutti i nostri feriti.

Zona di guerra, giugno 1917.

RESOCONTI CLINICO-STATISTICI.

Iª AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA.

Radiologia di guerra.
(Giugno 1916 — Giugno 1917)

Dott. GIUSEPPE BENASSI, Capitano medico.

I feriti esaminati dal 1° giugno 1916 al 1° giugno 1917 nel nostro gabinetto radiologico, annesso alla 1ª ambulanza chirurgica d'armata diretta dal chiarissimo prof. Bartolo Nigrisoli. sono stati numerosi ed interessanti. Complessivamente passarono sotto il nostro studio 570 pazienti, pei quali sono state eseguite 660 radioscopie, 622 radiografie e circa 200 localizzazioni di corpi estranei (proiettili di fucile, di mitragliatrici, di revolver — pallette di shrapnell — scheggie di granata e di bomba).

Tali feriti — quasi tutti cavitari — si prestano a qualche considerazione pel radiologo.

***

Molti pazienti presentano lesioni, più o meno estese, al *Cranio.*

Per tali pazienti furono eseguite poche radioscopie, ma molte radiografie utilizzando le più svariate e le più convenienti proiezioni. In tal modo siamo riusciti a mettere in evidenza non solo le piccole scheggie metalliche od ossee ma anche le più limitate fratture lineari.

Però se con opportuna tecnica — consigliata con la ben nota competenza dal prof. Perussia — abbiamo potuto ben riprodurre radiograficamente le fessure esistenti nelle parti laterali e nella volta del cranio, poco buoni risultati abbiamo avuto nel voler ritrarre le fessure della base cranica se queste si limitavano al piano inferiore senza punto prolungarsi in quelle parti le quali, se anatomicamente vanno riferite alla base debbono radiologicamente piuttosto venire ascritte alla volta del cranio.

Lo studio delle ferite del capo, dovuto alla guerra, ci ha portato una serie di cognizioni importanti tanto dal lato radiologico che medico-chirurgico. Ci ha dimostrato la frequente esistenza di fessure craniche in casi nei quali neppure un attento esame clinico era riuscito a metterle in rilievo. Ci ha fatto conoscere la necessità di rimuovere, nel luogo, tempo e modo più conveniente, certe scheggie ossee o metalliche; di non estrarne invece altre che per la loro ubicazione non recano alcun disturbo o per le quali l'intervento espone il paziente a grave pericolo di vita. Ci ha inoltre fatto conoscere lesioni tanto della sostanza grigia che della sostanza bianca od esclusivamente della corteccia, presentandoci una patologia più verosimile di quella che fosse fino ad ora l'anatomia patologica cerebrale.

Molte ferite del cranio riscontrate nei pazienti nostri presentavano un foro unico (forame d'entrata) o doppio (forame d'entrata e d'uscita); relativamente poche furono le ferite a striscio con scheggiamento più o meno notevole del tavolato osseo; diverse invece le fratture lineari tanto della volta che della base cranica.

L'esame radiologico ci ha fatto rilevare come un proiettile di fucile quasi sempre attraversi completamente il cranio, mentre una palletta di shrapnell od una scheggia di granata raramente produce una ferita trasfossa nel capo.

Nei casi meno gravi il corpo estraneo, per la sua ridotta forza di penetrazione, aveva fratturato l'osso ma era rimasto impigliato fra i frammenti ossei stessi.

Lesioni molto vaste sono state riscontrate, da me come da molti altri, in quei pazienti colpiti da grosse schegge o di granata o di sasso o di pietra; e precisamente avvallamenti notevoli di superfici ossee con imponenti emorragie dei seni o di qualche ramo della meningea media.

Diversi esami, radioscopici e radiografici, sono da noi stati fatti per uno stesso paziente, prima e dopo l'intervento: prima per ben precisare la lesione; dopo per controllare se le scheggie erano state allontanate tutte od almeno quelle che potevano essere tolte senza grave pericolo di vita del paziente medesimo.

Sempre più abbiamo dovuto convincerci dell'utilità dell'indagine radiologica tanto per stabilire l'entità della lesione, quanto per le indicazioni operatorie.

***

Quanto ai feriti dell'*addome*, pervenuti in buon numero alla nostra Ambulanza, anzitutto faremo notare come il compito del radiologo per tali pazienti sia diventato dall'inizio della guerra in poi sempre più complesso. E ciò perchè se dapprima la maggior parte dei chirur-

ghi pensava fosse miglior cosa non intervenire negli addominali, man mano si è venuti nella convinzione che l'operazione sia l'unico mezzo per salvare gli intestinali se si eccettua qualche raro caso di piccolissime perforazioni dell'intestino le quali forse possono guarire con le semplici risorse naturali.

Davanti ad un addominale il radiologo deve cercare anzitutto di stabilire se il corpo estraneo è penetrato nel cavo addominale o peritoneale; se ha leso o no il tubo intestinale; se ha leso qualche altro viscere.

La localizzazione del proiettile, non solo geometrica, ma specialmente anatomica spesso si presenta assai difficile.

Per essa, come sostiene anche Maragliano, non si possono dare norme generali, essendo un problema che va risolto caso per caso. Si assegna un grande valore, per la diagnosi di proiettili nella cavità addominale, alla loro mobilità coi movimenti respiratori nelle varie posizioni del corpo.

Non facile è specialmente la localizzazione del corpo estraneo alla base del torace che è campo comune coll'addome.

Pei proiettili situati nel rene ha importanza grande la spostabilità del proiettile stesso con la palpazione della regione renale.

Nei feriti addominali la radiologia può dare importanti indicazioni nei *casi dubbi* di penetrazione, potendo spesso fare evitare interventi esploratvi ed *anche* nei casi di ferite penetranti con permanenza di uno o più corpi estranei nell'addome, potendo ben stabilire il decorso e la sede del proiettile. Ben si comprende che, ancor dopo aver stabilito il decorso e la sede del corpo estraneo, è difficile poter dire le eventuali lesioni trattandosi di visceri molto mobili: però con tali esami radiologici si può escludere senz'altro possibili lesioni in determinati distretti addominali, alleviando così l'opera del chirurgo (Maragliano).

L'indagine radiologica inoltre può talvolta svelare la perforazione dell'intestino: così in casi di perforazione del tenue si è potuto vedere raccolta di liquido e gas in varie anse del tenue stesso paretiche; in altri casi di ferite del colon e dello stomaco si è osservato con maggiore facilità la penetrazione di gas nella cavità peritoneale (Lenk).

Anche gli ematomi da ferita di visceri addominali si possono talora constatare all'esame radiologico. Così in casi di emorragia da ferita della milza si è constatato un'ombra estesa, uniformemente intensa, mobile con gli atti respiratori, nell'ipocondrio sinistro (Lenk-Perussia).

* * *

Un discreto numero di feriti *al torace* è pure pervenuto a noi durante il secondo semestre. Quanto a tali feriti anzitutto ricorderemo che l'esame radioscopico può rendere vantaggi maggiori della radiografia, purchè fatto con opportuna cura, con la tecnica necessaria e con un buon apparecchio.

Il valore della radioscopia, nell'esame del torace, appare evidente se lo si raffronta agli altri mezzi clinici d'investigazione (palpazione, percussione ed ascoltazione). Questi metodi servono bene per esaminare una porzione superficiale del contenuto toracico; la esplorazione radioscopica, al contrario, indaga tutto il torace ed in tutto il suo spessore.

Faremo inoltre rilevare che se la radiografia ha il vantaggio di mostrare lesioni che sfuggono alla radioscopia, questa ha il vantaggio di mostrare i movimenti degli organi intratoracici, i movimenti dei versamenti pleurici, le contrazioni del diaframma, ecc.

Nell'esame del torace, poi, i cambiamenti di posizione del soggetto e dell'ampolla fanno apparire nuove immagini dalla comparazione delle quali il medico può farsi un buon concetto dello stato degli organi toracici come non gli sarebbe possibile con qualunque altro mezzo d'esame (Jangeas).

Importante è pure il controllo radioscopico nella cura — ora in voga — delle ferite polmonari col pneumotorace artificiale.

L'esame Röntgen deve essere fatto in tali casi ripetutamente. Anzitutto si deve fare un esame preliminare per stabilire eventualmente la sede e l'estensione della lesione polmonare non solo ma anche per decidere se convenga o no il trattamento col pneumotorace. Altro esame radioscopico deve essere fatto durante tale trattamento per regolare l'introduzione del gas nella pleura, l'accasciamento del polmone, per scorgere le possibili aderenze, ecc.

Nell'esame fatto poi dopo il pneumotorace, la radioscopia ci potrà fare conoscere il grado del pneumotorace, lo stato del polmone, lo spostamento degli organi mediastinici, l'enfisema sottocutaneo, ecc. (Hirsch).

* * *

Un'altra categoria di feriti gravi è data dai *midollari*, fortunatamente in piccolo numero a noi pervenuti. Dalle statistiche di Immelmann e di Simon si ha che le lesioni traumatiche della colonna costituiscono in media il 0.3 % delle lussazioni e fratture in genere e che possono essere divise: in *fratture* del corpo vertebrale, dei processi articolari, degli archi

vertebrali, dei processi spinali e trasversi — in *lussazioni* e *distorsioni* della colonna.

L'esplorazione completa degli elementi della colonna vertebrale presenta delle difficoltà più o meno grandi secondo la regione che si considera. Talvolta è necessario praticare parecchie radiografie sotto diverse incidenze: le numerose immagini così ottenute possono fornirci importanti insegnamenti su ciascuna parte del tratto di colonna preso in esame. Quindi si comprende facilmente che, avendo da fare con *feriti* molto addolorati e gravi, sarà necessaria molta pazienza ed attenzione da parte del radiologo; che converrà sapere ben stabilire le condizioni più favorevoli per l'esplorazione dei diversi segmenti della colonna vertebrale.

D'altra parte si sa quanto sia importante il determinare la forma e la sede esatta di una frattura o di una lussazione di una vertebra, potendosi subito stabilire l'indirizzo di cura sia intervenendo chirurgicamente, sia praticando l'opportuna manovra di riduzione in tempo ancora utile per permettere il ripristino della funzione del midollo (Ponzio).

Perciò è necessario che ancora nella zona operante esistano buoni apparecchi radiologici e personale molto pratico onde potere ottenere dai raggi Röntgen tutti i rilievi da presentare al chirurgo onde questi possa meglio decidere sulla maggiore o minore utilità di un intervento operativo.

***

Abbiamo inoltre — per la necessaria estrazione — eseguito circa duecento localizzazioni di corpi estranei (proiettili di fucile, di revolver, di mitragliatrici — pallette di shrapnell — scheggie di granata o di bomba, ecc.) con diversi metodi e con buoni risultati.

Per le circostanze di tempo e di luogo nelle quali ci siamo trovati, abbiamo adottato i mezzi più semplici, sufficientemente esatti però, per la determinazione della sede del proiettile.

Siamo ricorsi quasi sempre: *per la testa* a due lastre ad incidenze esattamente ortogonali, talvolta al cirtometro o nastro di zinco di un millimetro di spessore e di un centimetro di larghezza, il quale assume con facilità e mantiene la forma periferica del cranio; *per il torace* ed *addome* allo stereometro di Baese il quale ci ha tanto bene servito; *per gli arti* al metodo dei diametri incrociati

Qualche volta siamo ricorsi alla localizzazione ed alla estrazione del corpo estraneo sotto il controllo intermittente della radioscopia.

Però non siamo stati troppo soddisfatti, mancandoci alcune comodità (ristrettezza del luogo, difficoltà notevole per difendere tutto il personale radiologico e chirurgico da possibili scosse, deficienza di un lampadario la cui luce filtri attraverso a vetri rossi, ecc.). Il vantaggio della luce rossa consiste nel fatto che essa permette alla sensibilità retinica di passare senza transizione da questa luce a quello dello schermo fluorescente illuminato dai raggi X: quindi essa rende possibile in poco tempo le estrazioni di numerosi proiettili.

I corpi estranei debbono essere sempre estratti? Anche secondo il mio modesto parere, è bene mettere i giovani in guardia contro l'ossessione di estrarre qualunque corpo estraneo, basata talvolta sulla smania della statistica operativa. Bisogna ricordarsi che le suppurazioni non tanto sono prodotte dai proiettili quanto da altri corpi estranei trascinati nella ferita e che purtroppo sfuggono al radiologo. L'estrazione quindi di proiettili deve essere eseguita soltanto dopo diligentissimo esame radiologico e clinico, commisurando i pericoli di ciascun intervento proporzionando i sintomi morbosi ai risultati definitivi che si possono ripromettere dall'intervento.

QUADRO STATISTICO RIASSUNTIVO

Radioscopie

Regioni del corpo	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio
Testa e collo. .	7	6	8	6	13	7	3	3	10	15	6	37
Torace e colonna	9	4	5	9	17	30	13	6	16	21	5	49
Addome e bacino	7	5	10	10	20	30	11	7	19	17	5	47
Arti	8	11	10	18	5	5	12	4	18	15	12	50
Totale . .	31	26	33.	43	55	72	39	20	63	68	28	183

Radiografie

Regioni del corpo	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio
Testa e collo. .	15	16	28	32	57	29	18	20	32	45	17	71
Torace e colonna	1	1	3	5	10	6	3	—	—	2	2	12
Addome e bacino	3	4	3	8	11	8	5	2	3	3	4	11
Arti	8	7	8	12	6	6	22	5	13	6	15	24
Totale . . .	27	28	42	57	84	49	48	27	49	56	38	118

Zona di guerra, 10 luglio 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

Il rumore accidentale sulla pulmonare e la sua spiegazione in base alle osservazioni Röntgenologiche.

La questione relativa al rumore cardiaco accidentale (dott. G. F. Haenisch e dott. E. Querner, *Münch. Mediz. Woch.*, n. 22), è ora divenuta di attualità nella occasione dell'esame del cuore nelle rassegne e nelle riviste dei soldati riguardanti la loro idoneità al servizio.

In un reparto militare radiografico gli AA. hanno avuto occasione di occuparsi del rumore cardiaco accidentale, di quello sistolico cioè, che, in alcuni casi si osserva, specialmente nel 2° spazio intercostale sinistro sul focolaio della pulmonare e di formarne oggetto dei loro studî.

Sotto il nome di rumore accidentale si comprendono, secondo il concetto di Sahli, quelli che non hanno nulla a che fare col meccanismo valvolare e che si verificano in organi circolatori perfettamente sani. Si son finora frequentemente descritti da moltissimi autori dei rumori accidentali chiaramente ascoltabili sulla pulmonare; anzi dice il Leube: « il rumore si ascolta solo, o per lo meno in modo più chiaro, sull'ostio pulmonare ».

Secondo l'ottima descrizione fatta dal Lüthje il rumore si ascolta nella maggior parte dei casi anche nella respirazione calma, più chiaro e più facile a distinguersi dagli altri, nella sospensione della respirazione; si ascolta sempre nella polmonare o lungo il 2° spazio intercostale sinistro ed ordinariamente su di un punto perfettamente circoscritto; se è molto manifesto, può essere seguito fino all'aorta o sulla punta.

La intensità del rumore aumenta nella espirazione ed il suo carattere è variabile, dal soffio più sottile al rumore forte di raspa, scomparisce spesso nella profonda inspirazione od è per lo meno molto debole ed il suo aumento nell'espirazione è assai più notevole di quello che nella forzata espirazione si osserva in tutti gli altri fenomeni di ascoltazione. Il rumore, notano gli AA., può essere ascoltato in certi casi anche un po' al di sotto del 2° spazio intercostale; ma quello che è maggiormente caratteristico ed importante per la diagnosi è la aumentata intensità del rumore nell'espirazione.

Il fenomeno del rumore è incostante: talora è constatabile dopo i movimenti del corpo, tal'altra dopo un lungo e completo riposo, come ad es. di mattina a letto, qualche volta stando in posizione orizzontale, qualche altra volta in posizione eretta. Gl'individui che presentano questo rumore, sono spessissimo di valida costituzione, ma con disturbi cardiaci nervosi (Reiche). Secondo alcuni autori la sua frequenza è straordinaria: su 854 ragazzi, che frequentano la scuola e sani, in 612 fu osservato il fenomeno; sicchè il Lüthje ritiene che il rumore sistolico sulla pulm. sia quasi costante in un certo periodo dello sviluppo.

Molteplici sono le spiegazioni che i varii autori hanno dato sulla origine di tale rumore, come in generale di tutti i rumori accidentali. Molto spesso sono stati detti « anemici » ed effettivamente lo stato di anemia del sangue è da ritenersi come una causa della produzione del rumore e come una spiegazione fisica di esso. Si andrebbe molto al di là pensando che questi rumori debbano attribuirsi sempre ad uno stato patologico e non volendoli spiegare mediante processi fisiologici, ritenendo che essi si accompagnino sempre ad una dilatazione del cuore, cioè ad un manifesto stato patologico. Tali vedute meritano di esser confutate. Numerose comunicazioni dimostrano che i rumori accidentali possono comparire in individui indubbiamente e perfettamente sani e quindi non possono invocarsi come causa produttrice del fatto condizioni patologiche.

Non si può negare, ritenendolo come probabile, che varie condizioni patologiche possono anche spiegare il fenomeno, ma è da ritenersi con tutta sicurezza che in condizioni affatto fisiologiche si determinano le cause dei rumori accidentali.

Fra le più importanti spiegazioni date al riguardo gli AA. citano innanzi tutto il Potain, il quale ritiene il rumore come un rumore cardio-pulmonare dovuto nell'azione respiratoria ai movimenti cardiaci sul pulmone, ritenendo che con la diminuzione del volume del cuore nelle sistole si determini uno squilibrio della pressione interna del torace, specie in prossimità del cuore, onde una rapida ed aumentata corrente d'aria nelle parti del polmone prossime al cuore e quindi la produzione di un rumore.

Müller crede pure che i rumori accidentali siano esclusivamente di natura cardio-pulmonare e dovuti in parte allo sfregamento del margine pulmonare contro la pleura e la superficie esterna del pericardio ed in parte allo scuotimento del tessuto pulmonare.

Sehrwald tiene solo conto dello stato anemico, per cui la cattiva replezione ed il conseguente restringimento delle grosse vene che vanno al cuore. Sahli, riconoscendo la presen-

za dei rumori accidentali in individui perfettamente sani, crede che essi, come rumori sistolici, siano dovuti alla accelerata circolazione sanguigna e solo in rari casi siano di origine cardio-polmonare. Per Neukirch la spiegazione del fatto dev'essere trovata in una stenosi aortica relativa e quasi analogo giudizio ne dà il Lüthje, pensando ad una stenosi della pulmonare. Rumpel e Reiche, isolando dagli altri rumori accidentali quelli sistolici della pulm., li considerano come rumori di sfregamento causati dalla vicinanza della polmonare alla parete toracica.

Guidati da quest'ultimo concetto gli AA. hanno pensato di ricercare nei risultati degli esami radiografici, la spiegazione di questo rumore, considerando che, se realmente fosse dovuto allo spostamento espiratorio del cuore e rispettivamente dell'art. pul. contro la parete toracica, ciò sarebbe dimostrato certo dall'esame radiografico. Ed in fatti questo giudizio è stato pienamente confermato: in quasi tutti i casi, in cui esisteva clinicamente il rumore sulla pulmonare, era dimostrato chiaramente un notevole avvicinamento dell'arco della pulmonare alla superficie toracica anteriore, ciò che non si osservava invece ne' casi in cui il rumore mancava. Gli AA. ritengono, tenendo conto dei diligenti studi eseguiti mediante la radiografia e de' risultati ottenuti, di aver trovato l'origine del rumore sistolico accidentale della pulmonare, ritenendo cioè che l'avvicinamento od il contatto dell'art. pulmonare con la parete toracica anteriore nella espirazione determina la condizione per la produzione del rumore stesso.

Ciò vale a spiegare anche la mancanza del fenomeno nella inspirazione.

Gli AA. hanno anche cercato di risolvere la importante questione sulla esistenza e sulla natura del momento meccanico, che ha influenza sulla posizione del cuore.

Tanto alla trasparenza quanto sulla lastra era degna di nota nei casi positivi l'azione del diaframma. Fu sistematicamente misurata l'altezza del campo pulmonare e la misura fu presa dalla linea articolare fra il corpo ed il manubrio dello sterno e la cupola del diaframma. Nei casi positivi la differenza media della misurazione nella inspirazione e nella espirazione risultò di 7,1 cm. contro 4,1 cm. nei casi negativi. Si trova quindi nei casi positivi un sollevamento più notevole del diaframma, per cui probabilmente il cuore, che sta fra il diaframma e la parte toracica anteriore, è spinto più fortemente verso di essa. La differenza di misurazione ottenuta non è soltanto dovuta all'elevazione del diaframma nell'espirazione, ma anche alla posizione dello sterno. Le ulteriori osservazioni degli AA. sullo sterno hanno anche insegnato che non solo è constatabile un abbassamento di esso nell'espirazione, ma che nei casi positivi è dimostrabile mediante la radiografia una indiscutibile distensione della parete toracica anteriore nell'inspirazione; e questa differenza di forma della parete toracica anteriore fra i casi positivi e negativi è evidente.

Gli AA. hanno anche misurato il diametro sterno-vertebrale ed anche qui si è constatato una maggior differenza nei casi positivi sui negativi fra l'inspirazione e la espirazione (2,5 ad 1,8 cm.).

La maggior differenza della capacità respiratoria toracica fra l'inspirazione e l'espirazione ne' casi positivi spiega conseguentemente il maggiore avvicinamento del cuore alla parete toracica anteriore.

In base a questi risultati si possono dare fisicamente varie spiegazioni. Si potrebbe ammettere che per la vicinanza della pulmonare alla parete toracica si verifichi un restringimento del vase e quindi (secondo le ricerche di Corrigan, Weber ed altri) la condizione per la produzione del fenomeno; ovvero che per tale avvicinamento dell'art. pulmonare alla parete toracica si verifichi un leggiero ripiegamento della pulmonare stessa per cui il sangue scorrendo sotto un certo angolo produrrebbe il fenomeno del rumore. Un'altra spiegazione potrebbe esser data dal fatto che l'avvicinamento della pulmonare alla parete toracica per il diretto sfregamento contro di essa darebbe origine al rumore. Gli AA. escludono la probabilità di un vero e proprio rumore cardio-pulmonare nel senso di Potain, Ehret ed altri.

Gli AA. lasciano aperta la questione; ma in ogni caso con i risultati ottenuti dai loro studi essi hanno dato una base obbiettiva alle primitive discussioni puramente teoretiche sulla genesi de' rumori accidentali. Vari autori hanno dato, in base alle suddette ricerche, spiegazioni analoghe a quelle degli AA., dando grande importanza al sollevamento del diaframma. Recentemente Becher ha rilevato l'importanza della diminuzione del diametro sterno-vertebrale, che determinerebbe, secondo lui, un cambiamento di forma dell'ostio dell'art. pulmonare.

Non è poi ammissibile quello che alcuni hanno ritenuto, che cioè il rumore abbia luogo specialmente nei toraci piatti.

Riguardo al valore diagnostico dei risultati ottenuti dagli AA. è da notare che il riconoscimento di questi rumori accidentali è impor-

tantissimo per la clinica, giacchè vengono evitati gli errori di diagnosi specialmente per quanto riguarda i vizii valvolari, e gli errori nella prognosi. Ciò ha poi in questi tempi una importanza ancora maggiore per le visite militari e per il giudizio sulla idoneità al servizio.

Per la diagnosi differenziale dei rumori accidentali il Leube stabilisce la regola che il 2° tono della pulmonare non è rinforzato; secondo Sahli è raro che il rumore accidentale abbia carattere musicale e che invece, come osserva Lüthje, ha suono di raspa e strisciante. Del resto i risultati delle ricerche degli AA. mediante la radiografia costituiscono oramai un dato diagnostico sicuro.

Gli AA. credono in ultimo che anche gli altri cosidetti rumori accidentali del cuore, specialmente le brevi impurità presistoliche, talora come di raspa, accompagnate da un breve rumore sistolico e che si riscontrano anche in individui sani, sono da mettersi egualmente in rapporto con la posizione del cuore contro la parete toracica anteriore. Sembra che questi rumori, che si ascoltano più chiari e più forti durante l'espirazione siano più frequenti nei casi in cui il campo retrosternale, anche nei rapporti dello stomaco, subisce una riduzione; però la prova di questo rapporto intimo fra gli accennati rumori ed il campo retrosternale dovrà esser data da ulteriori studii.

I rumori accidentali sistolici sul margine inferiore dello sterno, a sinistra sono stati osservati anche da Gerhardt, specialmente nei casi di dilatazione cardiaca e spiegati mediante la pressione e l'appiattimento del ventricolo destro contro la parete toracica anteriore. Müller li indica come «rumori accidentali da sfregamento» o «rumori pseudopericardici» e ne attribuisce la causa allo sfregamento dei foglietti pericardici fra di loro.

DE CHIARA.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi radiologica della tubercolosi polmonare incipiente.

P. Alessandrini (*Giornale di Medicina militare*, ottobre 1917) ricorda che la diagnosi radiologica della tubercolosi polmonare incipiente si basa: *a*) *su criteri diretti*, desunti dall'esame dell'ilo e delle regioni circostanti, della regione apicale e dei lobi polmonari superiori; *b*) *su criteri indiretti*, relativi alla forma del cuore e del torace ed alla calcificazione della prima cartilagine costale.

Le ombre ilàri sono di un apprezzamento assai difficile, specialmente se trattasi di adenopatia senza processi di metamorfosi caseosa o di calcificazione. Le iperplasie ghiandolari possono venir simulate da ispessimenti del connettivo attorno ai grossi vasi o da ectasie aortiche; in tali casi l'esame radioscopico dimostrerà una pulsazione espansiva. Anche gli ispessimenti nelle zone centrali dovuti a processi spenti non tubercolari, o gli ispessimenti pleurici a livello dell'ilo possono trarre in inganno; il criterio di diagnosi differenziale è dato dall'aspetto uniforme e dall'unilateralità della lesione.

L'iperplasia dei gangli dell'ilo è riconoscibile per la forma a fagiuolo e per l'intensa opacità; in caso di adenopatie calcificate, i margini sono netti; essi sono invece sfumati nelle forme midollari o caseose, perchè interviene per lo più un processo di periadenite.

Per la diagnosi radiologica della natura tubercolare, bisogna tener presente che se l'ombra è abbastanza circoscritta, di un grado d'opacità quasi uguale a quello dell'ombra cardiaca o costale si può ammettere quasi certamente un processo di caseosi o di calcificazione.

Poca luce può portare la cutireazione, sia perchè quasi sempre positiva, sia perchè resterebbe a dimostrarsi che l'adenopatia ilàre ne sia il fattore determinante. Utilissimo riesce invece l'esame laringoscopico, praticato sistematicamente.

Quando non si siano vaste infiltrazioni perilári, i dati plessici ed ascoltatori sono negativi; talvolta si ha come unica manifestazione un respiro con carattere soffiante a carico degli apici, mentre la zona relativa è radiologicamente integra.

La presenza di adenopatia ilàre, anche se di natura tubercolare ha scarsa importanza, poichè un terzo degli individui la può presentare. Occorre stabilire se vi siano segni di invasione del processo nel polmone.

La coesistenza di iperplasia dei gangli dell'ilo, e di opacità apicale può assumere una speciale importanza, sotto tale punto di vista. L'A. osserva però che le opacità apicali circoscritte si riscontrano nei processi di sclerosi

od in forme già avanzate, mentre le alterazioni incipienti si riscontrano nella zona sottoapicale (ilo apicale o triangolo apicale) limitata all'indentro ed in basso, dall'arco aortico a sinistra e dalla vena cava a destra, all'indentro ed in alto dalla colonna vertebrale, all'esterno dal limite esterno del campo polmonare, in basso da una linea ideale orizzontale, che dal corpo dell'ilo si dirige verso l'esterno.

Sono inoltre da notarsi delle ombre a cordone, che si dirigono dall'ilo verso l'apice, dovute, secondo Stürtz, a processi di peribronchite, e costanti in ogni processo tubercolare iniziale nel polmone

L'Alessandrini le distingue in strie moniliformi, varicose e granulose.

L'ispessimento della trama polmonare può non avere valore patologico, specialmente se trattasi di individui che inalano polveri; quando però la trama polmonare appare irregolare, con inspessimenti circoscritti, specie verso l'ilo, è da sospettarsi la natura tubercolare.

La limitazione delle escursioni respiratorie della cupola diaframmatica, dal lato leso è stata ritenuta dal William come un sintoma costante. Essa sarebbe dovuta ad aderenze, a lesioni infiammatorie del frenico dal lato colpito o ad immobilizzazione riflessa della metà toracica colpita.

Quanto poi alla calcificazione della prima cartilagine costale, l'A. ritiene che si sia ad essa attribuita soverchia importanza.

I. P.

TERAPIA.

La radioterapia dei fibromi uterini e delle metrorragie.

La possibilità di un'azione terapeutica dei raggi X sugli organi genitali femminili è stata intraveduta dopo le ricerche di Bergonié e Trébondeau, che hanno fatto conoscere il meccanismo istologico dell'azione dei raggi X, i quali, agendo sull'ovario, attaccano gli elementi nobili dell'organo, determinandone poi la morte con successiva sostituzione di un tessuto fibroso.

I primi tentativi però non furono incoraggianti, specialmente per le complicazioni (radiodermiti croniche) dovute alla tecnica imperfetta. Si è riconosciuto in seguito che gli elementi essenziali del problema erano: *a*) di agire profondamente nell'addome, sopprimendo i raggi poco penetranti, che hanno invece azione sui tessuti esterni, e *b*) di fare giungere alle ovaie la quantità voluta di energia (1-2 unità Sabouraud-Noiré) (1) in un tempo abbastanza breve perchè i tegumenti non assorbano delle dosi di raggi incompatibili con la loro integrità. La prima condizione si ottiene con l'uso di tubi duri e di filtri d'alluminio, la seconda con il metodo dei fuochi incrociati.

Per l'applicazione pratica, R. Ledoux-Lebord (*Paris médical*, 2 marzo 1918) consiglia di delimitare sull'addome sei settori (tre da ogni lato) come porte d'entrata dei raggi. Ogni settore viene irradiato a sua volta, comprimendo fortemente la parete addominale per quanto è sopportato, dall'ammalata, mettendo a contatto con la pelle un pezzo di cuoio dello spessore di 5 mm., ed al di sopra un filtro d'alluminio di almeno 4 mm. L'A. consiglia anche un settore (per ogni lato) sacro-iliaco. Si irradiano i quattro settori d'un lato, il primo giorno, quelli dell'altro lato, il secondo, rinnovando il trattamento almeno tre settimane dopo. Sulla pelle di ogni settore si fanno arrivare due unità S.-N. di un irradiamento penetrante di qualità 8-9 Benoist; in tal modo si è certi che le ovaie ricevono una quantità di raggi sufficiente senza che i tegumenti abbiano a soffrirne.

Si può variare a volontà l'intensità, e si ottiene, usando i tubi Coolidge e la tecnica accennata, in 2-4 serie di trattamenti, la menopausa, con regolarità quasi matematica. Nei soggetti giovani il tempo necessario alla produzione della menopausa artificiale varia in ragione inversa dell'età. Il volume dei fibromiomi viene notevolmente ridotto fino quasi a scomparire.

Questo trattamento è indicato: 1) nelle metrorragie della menopausa; 2) nei disturbi mestruali con metrorragie, senza lesioni dell'utero o degli annessi; talvolta si può ottenere il ritorno alla funzione normale; 3) nelle metriti emorragiche, le quali hanno resistito ad un primo raschiamento senza che vi sia affezione maligna; 4) nei fibromiomi uterini in cui la metrorragia è sintomo predominante, quando non vi sia ragione d'intervento immediato e quando vi siano controindicazioni all'operazione.

L'A. consiglia caldamente questo trattamento, specialmente nelle due ultime condizioni. I pericoli, si può dire, non esistono; purchè si usi la tecnica adattata. Quanto alla possibilità che il fibroma si trasformi poi, con l'andare del tempo, in tumore maligno, se pure essa esiste, non deve essere di ostacolo alla radioterapia perchè nulla osta che la donna affetta da fibroma si faccia in seguito rivisitare ogni tanto per sorprendere a tempo la possibile trasformazione.

I. P.

(1) Le unità S.-N. dei francesi corrispondono a $^1/_5$ delle unità H (Holzknecht) dei tedeschi.

La radioterapia delle adenopatie tubercolari periferiche.

È stata applicata dapprima dagli americani, ma solo in seguito ai lavori di Bergonié, Desplats, Roderer, è entrata nella pratica. A quanto pare, i raggi X non hanno influenza nè sul pus, nè sul bacillo, ma esercitano un'azione degenerativa sul tessuto linfoide, producendo una sospensione dell'attività cellulare e rendendo difficile la proliferazione dell'agente morboso, per modo che ne risulta la sclerosi del ganglio.

Per ottenere buoni effetti terapeutici occorre, però, come osservano J. Aguilar Jordàn e A. Montoro (*Policlinica*, nov. 1917), ricorrere a speciali perfezionamenti tecnici. Sono necessari dei filtri destinati a trattenere i raggi a notevole lunghezza d'onda, che determinano facilmente, le radiodermiti. Si possono in tal modo usare, com'è noto, dosi di raggi X molto superiori a quelle impiegate dapprima, ottenendo risultati terapeutici anche in lesioni profonde.

L'azione dei raggi X è più manifesta nelle adeniti croniche ad evoluzione lenta senza tendenza alla fusione; in tali casi si può notare diminuzione della massa ganglionare fino dalla prima seduta. Altre volte, si ha invece una fase iniziale di tumefazione dolorosa e solo in seguito il ganglio diminuisce di volume e si riduce ad un piccolo nodulo scleroso; la scomparsa totale di esso è però affatto eccezionale. Di pari passo con l'evoluzione regressiva, diminuiscono i fenomeni dolorosi e da compressione e migliora lo stato generale, anche senza altri trattamenti (elioterapia, cure marine, medicamentose) che sono però consigliabili per combattere la diatesi tubercolare.

Nelle adenopatie suppurate chiuse, converrà estrarre dapprima il pus con un ago sottile, in quelle suppurate con fistola e ulcerazioni cutanee converrà, oltrechè estrarre il pus, estirpare la porzione di pelle che separa gli orifizi dei tragitti fistolosi ed impedire, con l'applicazione di tintura di jodio, le possibili infezioni.

Si è da alcuno osservato, con la radioterapia, un aumento rapido delle masse gangliari, ciò che è dovuto invero ad errori di tecnica (uso di dosi insufficienti). Neppure si può parlare di generalizzazione tubercolare, che sarebbe stata pure osservata: l'elevazione termica, che si nota in qualche ammalato dopo l'irradiazione, è un fatto analogo a quanto si osserva nelle radioterapie della leucemia.

Si può ritenere che questo metodo sia scevro di pericoli: anche la leggera pigmentazione, che si osservava talvolta, può evitarsi con una opportuna filtrazione dei raggi. **I. P.**

VARIA.

Gli effetti dei raggi X sulle malattie d'origine batterica.

È opinone unanime degli sperimentatori che i raggi X non abbiano, praticamente, azione germicida diretta, come p. e. sulle colture. Si potrebbe invece pensare che i benefici effetti esercitati dai raggi X su certe malattie di origine batterica fossero dovuti ad un aumento di fagocitosi. Ora, però, osserva C. Kempster (*Lancet*, 15 sett. 1917) che se tale fosse soltanto l'effetto dei raggi X, l'applicazione di qualunque stimolante dovrebbe condurre agli stessi risultati. Invece p. e. nelle adenopatie tubercolari, l'azione dei raggi X determina la sclerosi; con altri stimolanti (cataplasmi, jodio, fomenti) si ha spesso invece un aumento nel volume delle ghiandole e nella virulenza dei bacilli.

Non è dunque solo la fagocitosi, che interviene, ma un' azione specifica degli stessi raggi X. L'A. ha trovato di fatto che i bacilli tubercolari, esposti ai raggi X, non sono più in grado di formare colonie, pur senza venire distrutti.

I raggi X nelle malattie d'origine batterica non esercitano potere germicida, ma posseggono però una decisa azione inibitrice sulla riproduzione dei germi, e producono inoltre uno stimolo sui tessuti, che conduce poi alla fagocitosi, capace di distruggere i microrganismi. *ini.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

JANGEAS F. *Précis de radiodiagnostic*. II edizione. Un vol. in-8° di 550 pag. con 200 fig. e 63 tavole. Masson et C.ie, éd., Parigi. Fr. 20.

La radiologia è una nuova arma in mano del medico, che possiede con essa un meraviglioso strumento di investigazione ed un ottimo agente terapeutico. La guerra ha contribuito a dare un grande impulso a questa branca della medicina, specialmente per quanto riguarda le lesioni dello scheletro e la ricerca ed estrazione dei corpi estranei. Anche la radiologia degli organi endo-toracici ed urinari si è venuta ampliando e perfezionando, sì da richiedere una trattazione nuova.

Quest'opera espone dapprima al lettore le basi teoriche su cui posa la radiologia, lo istrada nelle complesse difficoltà tecniche e gli insegna a leggere le radioscopie e le radiografie. Nella parte riservata alle applicazioni cliniche, l'A. passa in rivista, organo per organo, affezione per affezione, tutte le deformazioni ed i disturbi svelati dai raggi. *ini.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Disservizio postale.

Da qualche mese i nostri abbonati lamentano che la distribuzione del Policlinico *da parte della posta non avviene con regolarità. Spesso il giornale arriva con ritardo, più spesso ancora non arriva affatto. Noi possiamo assicurare che la spedizione viene fatta dall'amministrazione tempestivamente e con ordine tale da facilitare il lavoro del servizio postale. Quindi a questo e non ad altri si deve imputare la irregolarità del recapito del giornale ai nostri abbonati.*

Rendendoci conto delle difficoltà dell'esercizio ferroviario e della deficienza del personale nell'amministrazione delle Poste, non abbiamo finora levata alcuna protesta ed abbiamo supplito alle manchevolezze su lamentate inviando sollecitamente i numeri mancanti, ai cortesi abbonati che ce ne facevano richiesta.

Il disservizio però è andato continuamente aumentando e minaccia di giungere al punto che, malgrado la nostra buona volontà, noi finiremmo per non poter più corrispondere alle richieste, tenuto conto che abbiamo dovuto limitare la tiratura a causa della crisi della carta. Ci troviamo quindi nella necessità di reclamare presso le competenti autorità perchè l'inconveniente sia prontamente eliminato.

Noi siamo in grado di mettere il Ministero delle Poste sulla buona strada per colpire e colpire giusto. Le lamentele e le richieste ci vengono nella quasi totalità dai nostri associati del Mezzogiorno e della Sicilia. È questa una indicazione preziosa per i provvedimenti da prendersi.

Non vogliamo indagare le ragioni di questo disservizio, che ora è diventato un vero sabotaggio della stampa e sopra tutto dei periodici scientifici, come quelli che hanno un maggior peso di carta. L'autorità indaghi e provveda. Per conto nostro assicuriamo gli abbonati che entro i limiti del possibile non mancheremo di riparare alle deficienze del servizio postale, anche sobbarcandoci a quei sacrifici che l'altissimo costo della carta ci impone.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

Cronaca del movimento professionale.

In tema di esoneri. — Riceviamo e pubblichiamo:

Piazzola sul Brenta (Padova), 19-3-1918.

Pregiatissimo Collega Pangloss,

Leggo nell'ultimo numero del *Policlinico* il suo giustissimo articolo dal titolo: *Un'eccezione che diventa regola,* e lo approvo completamente.

Per la storia dell'argomento credo utile significarle che la Commissione di Padova seguì nella sua opera il concetto che i casi di insostituibilità siano rarissimi e conseguentemente a ciò, su circa cinquanta medici dei quali ha dovuto prendere in esame la situazione, non ha riconfermato l'esonero che a cinque o sei.

Trattasi in questi casi principalmente di ufficiali sanitari che attualmente esercitano in Comuni della provincia di Padova dove ci sono casi d'infezione vaiolosa. S'intende che l'esonero è stato accordato in via provvisoria fino a che le condizioni sanitarie di quei Comuni ritornino normali.

Aggradisca egregio Collega i sensi della mia stima.

Dev.mo collega Dott. A. ZAMBLER
Presidente Ordine Medico della Provincia di Padova.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della Provincia di Napoli ha votato il seguente ordine del giorno:

«Considerato che la benemerita classe sanitaria civile, più delle altre classi, ha risentito il danno economico dell'ora presente;

considerato che tutte le diverse categorie sociali hanno ottenuto dal Governo, dalle Provincie, dai Comuni un sensibile miglioramento dei loro stipendi sotto varie forme, come caro-viveri, ecc.;

considerato che gl'impiegati privati con l'ultimo decreto luogotenenziale hanno ottenuto l'aumento dei loro salari;

tenuto presente l'ultimo Congresso degli impiegati delle Opere Pie, e il voto da essi fatto e presentato al Governo del Re;

il Consiglio dell'Ordine dei Medici fa voti, che tanto il Governo del Re quanto il Capo della Provincia, in omaggio principalmente alla risposta data per iscritto dall'on. Orlando all'on. Dentice Accadia, s'interessino a favore di quella benemerita parte della classe sanitaria che in virtù del proprio ministero tollera il meschino stipendio che ad essa viene dato dalle singole Opere pie e stabilimenti privati».

È opera equa e giusta che anche ad essa, nei tempi che corrono, sia corrisposto un maggiore assegno, sia pure sotto forma di caro-viveri, non negato a nessuno.

Per gli studenti militari di medicina e chirurgia. — Il Capo di Stato Maggiore dell'Esercito, generale Diaz, ha fatto tenere all'on. prof. Cucca la seguente comunicazione:

« In relazione alla sua lettera concernente gli studenti militari di medicina e chirurgia, mi faccio dovere di comunicarle che il trattamento in genere degli studenti predetti fu stabilito sull'esperienza dei corsi accelerati svolti in paese lo scorso anno e con lo scopo di assicurare loro, nello stesso interesse degli studi, le migliori condizioni possibili, sia dal lato materiale, sia dal lato morale.

Quanto all'orario delle lezioni, venne esclusivamente compilato sulla base delle esigenze scolastiche delle singole Università.

I quattro ritorni quotidiani al quartiere sono perciò dovuti, oltre che ai pasti (fatti in comune per la maggior convenienza degli studenti, secondo lo scopo accennato) anche alle interruzioni, spesso notevoli, dell'orario durante le quali, per motivi di disciplina, si è ritenuto necessario non lasciare in libertà gli studenti.

Perchè essi abbiano modo infine di frequentare i corsi pareggiati, è stata concessa un'uscita libera di tre ore al giorno ».

ATTI PARLAMENTARI.

Medici condotti chiamati alle armi.

All'on. Bouvier il sottosegretario di Stato all'interno, on. Bonicelli, ha così risposto:

« Con decreto luogotenenziale del 9 dicembre 1917, n. 1985, promosso d'accordo tra il Ministero dell'interno e quello della guerra, è stata disciplinata *ex novo* la materia degli esoneri e dispense dal servizio militare dei laureati in medicina e chirurgia.

Le norme dettate col citato decreto sono ispirate appunto al concetto, contenuto nell'interrogazione dell'on. Bouvier, di assicurare nel miglior modo l'assistenza sanitaria delle popolazioni civili, compatibilmente con le esigenze dell'esercito mobilitato, le quali, come è ovvio, debbono avere su di ogni altra la prevalenza.

E poichè l'articolo 3 del citato decreto mantiene esplicitamente in vigore le norme contenute nell'altro decreto luogotenenziale del 12 novembre 1916, n. 1529, le preoccupazioni legittime di cui si è fatto eco l'onorevole interrogante non hanno più ragione di essere, in quanto che, nei casi prospettati nella interrogazione, la sostituzione dei medici richiamati alle armi è fatta dal Ministero della guerra, con ufficiali medici che si ha cura di scegliere fra quelli più specialmente idonei al servizio di cui sono incaricati, e sempre contemporaneamente alla partenza del medico titolare, in modo che in nessun caso vi sia interruzione nel servizio.

Se in pratica qualche volta la sostituzione avesse a dar luogo ad inconvenienti, il Ministero dell'interno non mancherà, come ha sempre fatto finora, di prendere in attento esame le specifiche lagnanze che gli dovessero pervenire e di promuovere con ogni sollecitudine le provvidenze del caso dal Ministero della guerra.

La risposta è data anche a nome del Ministero della guerra ».

Promozioni dei medici assimilati.

All'on. Sandino il ministro della guerra, gen. Alfieri, ha così risposto:

« I medici assimilati costituiscono un personale di rinforzo, una massa fluttuante la cui assunzione e dispensa dal servizio viene regolata secondo le esigenze del servizio stesso, e l'assimilazione ad un grado che viene loro conferito ha quindi un carattere puramente amministrativo, per potere con esattezza determinare la rimunerazione da corrispondere a ciascuno di essi secondo il servizio prestato.

Per tali considerazioni essi non appartengono a nessuna categoria di ufficiali del Regio esercito, e non possono per conseguenza usufruire delle facilitazioni di avanzamento a quelli concesse.

Ad ogni modo, qualora i detti sanitari intendano fruire di tutte le facilitazioni che, in materia d'avanzamento, hanno gli ufficiali medici dell'esercito, possono fare regolare domanda di ammissione nel ruolo degli ufficiali di complemento ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7193 *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. da D. — Sotto la data dell'11 febbraio ultimo nessun Decreto esiste che si occupa della indennità caro-viveri. Detta indennità è regolata, invece, dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, e dal recentissimo del 14 febbraio ultimo, n. 196, che riflette più specialmente l'indennità che compete ai medici condotti che si trovano sotto le armi in qualità di ufficiali. Prestando Ella servizio in due Comuni, in uno come titolare ed in un altro come interino, ha diritto ad un'unica indennità ripartita fra i due enti in proporzione dei rispettivi stipendii, se ognuno di essi non sia superiore alle lire 4500. Qualora uno degli stipendi superi detta somma, ha diritto alla predetta indennità solo dal Comune in cui percepisce stipendio minore entro il limite predetto. All'aumento di stipendio, quando sarà deliberato dai rispettivi consigli e debitamente approvato, avrà diritto tanto nell'uno quanto nell'altro Comune, purchè in quello ove è interino si trovi nella condizione prevista dallo articolo 8 del D. L. 10 febbraio ultimo, n. 107. Non è obbligatorio pei Comuni apportare aumenti di stipendio eguali a quelli fatti agli impiegati civili dello Stato, ma, però, non potranno eccedere nel massimo quello stabilito per tali funzionarii. Il massimo stabilito per gli impiegati governativi è di lire 900 sullo stipendio di lire 4000, e di lire 1047 sullo stipendio di lire 5475.

(7194) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. B. da C. M. — Stando alla chiara esposizione di fatto contenuta nel quesito si deduce che i medici condotti sono costà impiegati dell'opera pia e non del Comune. La pia amministrazione, infatti, li nomina ed il Comune non fa altro che contribuire nello stipendio e formulare l'elenco dei poveri ammessi a cura gratuita, in conformità di quanto prescrive la legge. Ora siccome il D. L. del luglio scorso relativo al caro-viveri contempla i soli impiegati co-

munali e provinciali e non quelli delle opere pie, Ella non può ottenere tale indennità. Ciò non toglie che l'amministrazione di beneficenza, in vista della necessità del momento, si possa indurre per propria iniziativa a concedere anche ai suoi impiegati una adeguata indennità che, reintegrando il relativo stipendio, valga a rendere questo più adeguato agli attuali bisogni della vita.

(7195) *Visite necroscopiche.* — Dott. G. I. da T. — Data la esiguità del compenso di sole lire 100 annue non si può pretendere che il medico necroscopo che si reca nelle borgate del Comune per la constatazione dei decessi ci rimetta le spese di vettura o di trasporto. Queste debbono essere, invece, sostenute da chi dispone la visita, sia l'amministrazione municipale sia l'autorità giudiziaria.

(7196) *Stipendio - Indennità militare.* — Dott. P. G. da V. — Per ottenere gli stipendii arretrati e la differenza fra quello civile e quello militare occorre che si rivolga al Prefetto della Provincia, scrivendo nel posto ove attualmente ha la propria sede. Avendo moglie e figli ha indubbiamente diritto alla indennità di ammogliato.

(7197) *Supplenza del veterinario.* — Dott. F. V. da P. Trovandosi il veterinario comunale sotto le armi dall'ottobre 1916, l'ufficiale sanitario che lo supplisce nella visita delle carni macellate, specie se in condotta vasta e sparpagliata come codesta, ha diritto a congruo compenso da parte della amministrazione municipale, essendo egli costretto ad eseguire un lavoro, cui per legge non è tenuto. In vista della riluttanza del Comune, ricorra alla G. P. A. e se nulla otterrà, alla autorità giudiziaria in forza del principio: *Nemo locupletari debet jactura alienis.* Circa l'entità del compenso da chiedere non possiamo pronunziarci ignorando taluni elementi di fatto indipensabili, come la precisa quantità del bestiame che settimanalmente si macella, il numero esatto dei macelli, la distanza precisa di ogni singola borgata dal centro, la esistenza o meno di comodi mezzi di trasporto, il tempo che si impiega nella prestazione, ecc. ecc.

(7199) *Aumento di stipendio - Applicabilità - Cura ad operai militarizzati.* — Dott. P. B. da M. — Se il posto interino di medico condotto che Ella occupa è compreso nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare, ha diritto all'aumento stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo, n. 107, allorchè sarà deliberato dal Consiglio Comunale per tutti coloro che prestano servizio alla dipendenza della Amministrazione municipale. La cura agli operai militarizzati è fatta a spesa e cura del Ministero della guerra negli ospedali territoriali. Le dichiarazioni che essi richiedono dal sanitario per giustificare eventuali assenze sono pagate da essi medesimi, sempre quando non figurino nello elenco dei poveri.

(7200) *Certificati in caso di infortunio.* — Dott. R. O. da C. d'O. — Se nel Comune esistono altri medici, può rifiutarsi di accedere alla chiamata in caso di infortunio, tranne che non trattisi di fatto urgente ed indilazionabile.

(7202) *Pensione - Anni di servizio necessarii per acquistarne il diritto.* — Dott. T. F. da C. — Avendo aderito alla Cassa prima del 1909, ha diritto al riscatto gratuito degli anni di servizio prestati per un quindicennio anteriore al 1904, epoca in cui agli ufficiali sanitarii fu esteso il beneficio della pensione, purchè la iscrizione, per lo stipendio che si percepiva, fosse in quell'epoca obbligatoria. Ella, quindi, può far valere gli anni di servizio prestati dal 1894 al 1902, perchè da tale anno, essendosi inscritto alla Cassa come medico condotto, non può invocare la pensione anche come ufficiale sanitario. Non può riscattare il servizio prestato dal 1890 al 1894 perchè durante il medesimo ha percepito lo stipendio di lire 250 annue, cioè tale da non rendere obbligatoria l'iscrizione alla Cassa. In tutto può ora contare su 23 anni di servizio ed occorre farne altri due per ottenere la liquidazione della pensione, la quale, tenuto conto della età, è di lire 989 annue.

(7203) *Medico condotto esonerato - Dimissioni.* — Dott. A. R. da P.— Può sempre dimettersi, ma però deve intraprendere il servizio militare subito che ne riceverà avviso dal Distretto militare, cessando con le date dimissioni il beneficio dell'ottenuto esonero. All'uopo, a norma dell'articolo 8 del D. L. 9 dicembre ultimo, n. 1985, il Capo della amministrazione municipale è tenuto a partecipare immediatamente al Distretto medesimo la variazione avvenuta nel personale medico alla dipendenza del Comune. Nel caso rimanesse libero dal Comune, il Prefetto non potrebbe requisirlo avendo obblighi militari. Anche ai medici condotti che si arruolano volontariamente nel R. Esercito è applicabile il D. L. del 31 agosto 1915, n. 1430, che concede a loro favore il pagamento di due mesi di stipendio ed in prosieguo la differenza fra lo stipendio civile e militare a carico della amministrazione municipale da cui dipendono. Ciò in base ai D. L. del 9 luglio 1916, n. 875, e 10 agosto stesso anno, n. 1109.

(7204) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. F. M. da Z. di G. — Sempre che non si trovi in alcuna delle categorie previste dall'articolo 2 del D. L. 14 febbraio p. p., n. 196, riceverà l'indennità stabilita dal Decreto stesso, che esclude quella che per il caro-viveri possa dare il Comune. Tale indennità è di lire 35 lorde per coloro che sono provvisti di stipendio non superiore a lire 3000 e di lire 29 mensili lorde per quelli con stipendio superiore a lire 3000 ma non a lire 4500. L'aumento di stipendio concesso agli impiegati dello Stato deve essere esteso anche agli impiegati comunali, però la misura può essere diversa essendo dalla legge stabilito solo che non si potrà, in ogni caso, superare il limite massimo fissato per gli impiegati civili dello Stato. Avranno diritto allo aumento anche gli impiegati che si trovassero temporaneamente sotto le armi, i quali avranno altresì l'aumento dello stipendio che percepiscono come ufficiali del R. Esercito, calcolandosi eventualmente la differenza fra i due stipendii rispettivamente aumentati. L'aumento di stipendio da ufficiale avuto per promozione da grado a grado, va a detrimento della quota di differenza fra lo stipendio civile e quello militare.

(7205) *Cura di profughi.* — Dott. T. L. R. da M. — Ordinariamente i profughi sono compresi fra

coloro che hanno diritto a cura e ad assistenza sanitaria gratuita. Ciò non toglie, però, che il medico abbia diritto ad un equo compenso da parte della Amministrazione municipale o sotto forma di gratificazione o sotto quella di aumento dello stipendio, ricorrendo, in quest'ultimo caso, anche la applicazione dell'articolo 26 della vigente legge sanitaria per provevdimento di ufficio. In ogni caso Ella, a seguito di rifiuto del Comune, potrà ricorrere al sig. Prefetto della Provincia perchè opportunamente provveda.

(7206) *Visita delle carni macellate.* — Dott. abbonato 4521. — Dove manca il veterinario è l'ufficiale sanitario obbligato alla visita delle carni macellate, sia di consumo interno, sia destinate alla esportazione, trattandosi, in quest'ultimo caso, anche di pubblico interesse. Egli, quindi, non può percepire compenso a carico del privato. L'amministrazione municipale, però, tenuto conto del maggior lavoro cui il funzionario è adibito e della mancanza di veterinario, deve ricompensarlo con equa gratificazione. L'obbligo dell'ufficiale sanitario di prestarsi, in simiglianti casi, gratuitamente, dipende dalla disposizione contenuta nell'art. 8 del Regolamento per la sorveglianza igienica sulle bevande e sugli alimenti del 3 agosto 1890.

(7208) *Esonero del medico condotto - Stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da V. — Se, come Ella dice, il medico condotto fu esonerato in base all'ultimo recente D. L., non ha più alcun obbligo di servizio militare fin che persiste la causa che determinò l'esonero. Qualora questa cessasse, dovrebbe riprendere sollecitamente servizio ed in tal caso si terrebbe certamente conto della inabilità alle fatiche di guerra riconosciuta permanente. Non solamente i medici condotti, ma eziandio gli altri impiegati comunali hanno diritto allo aumento di stipendio stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo. La misura dell'aumento deve essere fissata dal Consiglio Comunale e non potrà, in ogni caso, eccedere quella stabilita pei funzionarii civili dello Stato. Percependo le indennità di cui all'articolo 1° del D. L. del 14 febbraio ultimo, n. 196, non può, giusta l'articolo 5° del Decreto medesimo, riscuotere contemporaneamente l'indennità caro-viveri a carico della amministrazione municipale. Se, però, l'ufficiale è provvisto di indennità di guerra, non ha diritto all'altra prevista dal precitato articolo 1°, e ciò giusta quanto prescrive lo stesso anzidetto articolo 5°.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 1143:

Per tutti gli ufficiali medici sia dell'Esercito che della Croce Rossa è rimasta in vigore l'indennità speciale di L. 5 per le sole classi dal '70 al '73, che non hanno ancora avuto obbligo di rispondere a chiamate.

All'abb. n. 8990:

Se il Comando da cui dipende lo propone per la promozione il Ministero non farà certo ostacolo ad un avanzamento *da sottotenente a tenente* di un ufficiale che trovasi da 19 mesi in Zona di guerra, malgrado la invalidità permanente.

Però nessuno può obbligare il Comando a proporre tale avanzamento.

All'abb. n. 7981:

L'art. 2 della circolare 752 del 1916 prescrive appunto che dopo 18 mesi dalla promozione si può compilare il quadro per un nuovo avanzamento. Occorre però siano stati promossi gli effettivi di pari anzianità. La pratica deve esser fatta dall'autorità da cui l'ufficiale dipende.

Al dott. A. F. da T.:

Gli studenti del 1° anno di medicina che hanno dato gli esami consigliati dalla Facoltà possono essere iscritti nelle compagnie di sanità, purchè non siano già incorporati nell'Esercito.

Al dott. C. G.:

Identica risposta che al dott. A. F. da T.

Al dott. G. B. da V.:

Senza il parere della Commissione competente regionale non le sarà tolto l'esonero.

Se poi l'esonero le fosse tolto in seguito a revisione da parte di detta Commissione dati gli anni di esercizio professionale che Ella possiede potrà spettarle il grado di capitano.

All'abb. n. 1982:

Gli studenti del 5° e 6° anno di medicina non sono nominati *sottufficiali* ma *aspiranti.* Nessuna disposizione analoga esiste pei farmacisti. Nè altra nel senso da Lei accennato.

All'abb. n. 7623:

1. L'indennità di entrata in campagna Le compete se Ella potrà avanzarne richiesta al Ministero della Guerra (Direzione Generale Servizii Logistici ed amministrativi). — 2. Le rivisite degli ufficiali medici sono già iniziate e si compiono a Firenze.

Al dott. V. F. da N.:

Suo figlio, anche se da meno di quattro mesi in Zona di guerra, può ottenere la licenza che gli è necessaria per dare gli esami universitarii.

All'abb. n. 6158:

Nessun esonero è stato sancito per i *laureandi* in medicina.

All'abb. n. 9311:

Il grado per titoli si ottiene nel ruolo *di complemento.* Quindi, avendo Ella oltre 15 anni di esercizio professionale, se chiederà di esser nominato capitano, come le spetta, verrà messo nel ruolo dei capitani di complemento. In caso contrario sarà nominato sottotenente medico della milizia territoriale.

Al dott. P. Z. da M.:

Non trattandosi di condanna infamante, la condanna a cui Ella accenna, non può certo ostacolare la nomina ad ufficiale medico.

All'abb. n. 5639:

Per ottenere l'esonero ella dovrebbe esser riconosciuto inabile a servizio incondizionato dalla apposta Commissione che ha sede a Firenze e dalla quale Ella dovrà venir visitato.

All'abb. n. 7765:

Agli ospedali contumaciali, *quando funzionino come tali,* spetta una speciale indennità equiparabile a quella di marcia. Le disposizioni in proposito furono date dall'Intendenza Generale.

Al dott. G. M., Zona di guerra:

Se Ella trovasi in Zona di guerra ha già diritto ad essere proposto per la promozione, poichè i suoi

colleghi di pari anzianità *che trovansi in Zona di guerra* sono già stati promossi.

Al dott. A. S. da M.:

Se l'esonero le verrà revocato ciò sarà per opera della Commissione regionale contro la cui decisione non vi è appello. Se, perduto l'esonero, Ella potrà provare di aver 15 anni *di esercizio professionale,* le spetterà il grado di capitano.

La sua classe è considerata come valida per ogni servizio.

Il diritto che le spetterà, se sarà chiamato, all'indennità di entrata in campagna, non infirma quello a percepire i due mesi di stipendio dall'Amministrazione Comunale.

Al dott. A. T, da C.:

I dentisti saranno assunti in servizio militare a loro domanda col grado di aspiranti.

Debbono però esser diplomati in odontoiatria.

Ella potrà, se si trova in tale condizione, avanzare domanda al Ministero.

All'abb. n. 9203:

Non esiste alcuna circolare che disponga nel senso da Lei accennato.

All'abb. n. 9185:

Il verdetto della Commissione sugli esoneri deve sempre essere approvato dal Ministero. Questo però in genere ha sempre sanzionato detta Commissione.

All'abb. n. 8630:

Se Ella può provare di avere oltre 15 anni di effettivo esercizio professionale le verrà conferito il grado di capitano. L'allegare altri titoli alla domanda non è necessario a tale scopo.

All'abb n. 5358:

Il consulente non può che... consigliare la pubblicazione della lettera...

È un fatto che gli ufficiali della Croce Rossa che prestano ormai identico servizio a quelli della Sanità militare dovrebbero essere equiparati anche dal punto di vista amministrativo a tutti gli effetti ai loro colleghi dell'Esercito. M. G.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Cavezzali Amedeo, da Brescello (Reggio Emilia), tenente medico complemento divisione (... drappello someggiato). — Con serenità, sotto il fuoco violento dell'artiglieria nemica, prestava l'amorevole opera sua, dando esemplare prova di virtù militari. Faceva trasportare i feriti in luogo sicuro, e rimaneva sul posto noncurante del pericolo. — Monte Pasubio, 2 luglio 1916.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il prof. VELO GIOVANNI, chirurgo primario nell'Ospedale Civile di Venezia e maggiore medico della C. R., ha perduto in guerra, l'8 dicembre u. s., il figlio EDOARDO, di anni 21, studente al 3° anno d'ingegneria presso l'Università di Padova: tenente d'artiglieria di montagna, si offerse al servizio di aviatore mitragliere e bombardiere: fu ferito mortalmente in un combattimento aereo contro cinque apparecchi nemici, sull'altipiano di Asiago.

NOTIZIE DIVERSE

Per la lotta contro la malaria.

In vista di qualche recrudescenza di malaria manifestatasi qua e là in questi ultimi tempi, il Direttore generale della Sanità Pubblica, dott. Lutrario, ha disposte notevoli misure repressive, che procureranno, non v'ha dubbio, anche contro questo morbo, quelle vittorie che il nostro paese ripetutamente ottenne contro altri più gravi e più subdoli.

Fra le provvidenze istituite è da segnalarsi la creazione come di una nuova milizia, che darà col tempo ampio e valido aiuto al medico, di cui è chiamata ad integrare l'opera.

I contributi a questa milizia vengono dal personale della Croce rossa, dalle guardie di città, dai soldati di sanità, dai sorveglianti d'opere di bonifica, ecc., ecc. E già esistono manipoli pronti a scendere in campo: essi, per abilitarsi, hanno frequentato un corso pratico presso il laboratorio batteriologico della Direzione generale della Sanità Pubblica. Ivi furono istruiti in tutte le operazioni sussidiarie di lotta antimalarica, dalla cura degli infermi alla difesa dei sani col chinino e coi vari lavori miranti a sopprimere gli insetti malariferi mercè i numerosi mezzi di cui la profilassi dispone.

Tre sono i corsi già tenuti, un quarto si sta svolgendo ed altri sono in vista anche per medici ed ingegneri idraulici. I metodi di lotta, oltre che in un breve insegnamento teorico, sono dimostrati con sopraluoghi e studi nelle zone più infeste dell'agro romano.

Se anche altri centri didattici concorreranno in questo fruttifero indirizzo, potremo, tra non molto, contare su reparti sanitari ben addestrati e mobilitabili con profitto dovunque il bisogno si faccia sentire.

Per le pensioni di guerra.

A cura della Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro è stato pubblicato, nella forma sintetica di una Tabella, un prontuario per la liquidazione delle pensioni di guerra spettanti ai militari d'ogni grado dell'Esercito e della Marina, nonchè alle loro famiglie.

A questo prontuario sono unite le norme relative alla classificazione delle infermità per gli invalidi della guerra secondo la riforma di recente attuata, con riferimento alle disposizioni precedentemente in vigore; disposizioni quest'ultime che devono tuttora applicarsi, allorchè siano più favorevoli delle nuove, per gli interessati che abbiano riportato l'invalidità prima dell'accennata riforma, cioè innanzi al 7 giugno 1917.

Tale pubblicazione (che è un estratto dell'articolo del cav. dott. Marco Bargilli, riguardante lo stesso argomento e che è stato inserito nel n. VIII della « Rassegna di Assicurazioni e Previdenza Sociale », edita dalla Cassa Nazionale Infortuni) è destinata a riuscire di grande utilità per tutti coloro che hanno diritto alla pensione di guerra e rappresenta una manifestazione del vivissimo interessamento

e della larga assistenza che a loro beneficio ha sempre esplicato la stessa benemerita Cassa Nazionale Infortuni.

In onore del prof. Luigi Simonetta.

La sottoscrizione aperta nel maggio del 1915 da un Comitato di sanitari della Provincia di Bari per offrire al comm. prof. Luigi Simonetta un ricordo che attestasse la gratitudine dei sanitari italiani per l'opera assidua, efficace e generosa che Egli spende a favore del Collegio Convitto degli Orfani dei Sanitari Italiani in Perugia, e che in pochissimi giorni prima dell'entrata dell'Italia in guerra aveva già dato un buon risultato, non potendo, per le condizioni attuali, ulteriormente essere tenuta aperta, è stata in questi giorni dichiarata chiusa e il Comitato, sicuro di interpretare i sentimenti di tutti, ha deliberato di convertire la somma raccolta (L. 400 circa) in cartelle del prestito nazionale perchè siano erogate a favore dello stesso Collegio di Perugia. Il Comitato ha così reso meritato onore al suo illustre Presidente.

I medici dell'Uruguay a Parigi.

Il 2 marzo si è tenuta a Parigi un'adunanza solenne, organizzata dalla « Société de Médecine » di Parigi, in onore della Missione medica dell'Uruguay e dei medici dei paesi alleati. Parlarono il ministro della pubblica istruzione on. Lafferre, che presiedeva l'adunanza, il sottosegretario per la sanità militare on. Mourier, il prof. Letulle, i dottori Gallois, Helme, Gaston, Butte e il capo della missione dott. Blanco Acevedo.

La missione ha versato 80,000 franchi alla Cassa per l'assistenza medica di guerra.

" Gala „ franco-serba.

Si è tenuta a Bordeaux una festosa riunione di studenti francesi e serbi. Tenne una conferenza il prof. S. Petrovitch di Belgrado; seguì un concerto e si produssero i migliori artisti dei teatri locali. Alla riunione parteciparono il rettore Thamin e molti professori dell'Università.

Capitano medico destituito.

Dopo tre giorni di udienza, il Tribunale di Guerra di Torino ha condannato alla destituzione il capitano medico cav. Mario Osparero, convinto di corruzione per avere dapprima dichiarato inabile ai servizi mobilitati un caporale dei bersaglieri, e poi, non avendo ottenuto tutto il compenso pattuito, revocata la dichiarazione d'inabilità.

È morto eroicamente a 46 anni il t. colonnello medico prof. RAFFAELE RIVALTA.

Si era dedicato con impegno alla dermatologia e aveva compiuto una serie di studi importanti sulla specialità: il *Policlinico* si onora di averne ospitato ultimamente un lavoro pregevole.

Partecipò col grado di capitano alla guerra libica, durante la quale, per alcuni atti di sublime valore, si guadagnò due encomi solenni. Una volta, colpito da grave malore, appena riavutosi volle raggiungere egualmente la colonna a contatto col nemico, per non privare i « suoi » feriti dell'assistenza medica.

La dichiarazione di guerra all'Austria lo trovò aiutante maggiore in prima all'Ospedale Militare di Bologna, col grado di maggiore. Partì subito pel fronte, a dirigere una sezione di sanità. Come direttore d'ospedale stette per otto mesi sul Monte Nero. Nelle azioni della Bainsiza, di Monte Santo e S. Gabriele, già promosso tenente colonnello, fu capo ufficio di sanità della 47ª e 66ª divisione, comandante un gruppo di ospedali da campo. In tale alta carica lo raggiunse la ritirata della fine di ottobre. Dovette prendere, esterrefatto, la via del dolore, verso il territorio inviolato della Patria. Giunto a Codroipo, il 30 ottobre, il lamento dei feriti lo fece sostare, incurante del nemico che incalzava, mentre colleghi e soldati continuavano la strada per mettere il vicino Tagliamento fra loro e l'avversario.

Informazioni pervenute solo ora, hanno assodato che Egli è rimasto vittima del suo ultimo atto volontario di abnegazione suprema, che fu il complemento di un poema di sacrificio, il quale nobilita tutta la famiglia medica militare: decisosi, verso la sera del 30 ottobre, a riprendere la via della ritirata per non cadere in mano del nemico, il valente ed umanitario ufficiale raggiunse il ponte della Delizia sul Tagliamento, ma troppo tardi, col nemico alle calcagna, che lo ferì mortalmente all'addome.

La Sua salma ha avuto degna sepoltura, a qualche chilometro a monte del ponte di Casarza, sulla sinistra del fiume, nel cimitero del paesello di Rivis.

Così sanno morire gli uomini consacratisi ai supremi ideali di umanità!

P. R.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. *Roma, 7 aprile 1918* Fasc. 14.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Su di un nuovo agente eziologico della diarrea.

Dott. MARIO GHIRON.

Nell'estate, nell'autunno ora trascorso si osservarono, nelle nostre truppe dell'Isonzo numerose forme di diarrea, e largamente diffuse.

L'indagine batteriologica ha messo in evidenza in una forte percentuale la forma bacillare; in un esiguo numero la forma amebica.

Ma per quanto la negatività del reperto in molti casi non fosse sufficiente a far escludere l'eziologia specifica (da bacilli di Shiga, di Flexner), perchè non sempre ne è facile la dimostrazione, pure un'accurata indagine clinica permetteva di supporre che per molte forme vi fossero altri agenti patogeni oltre quelli.

Nel grande numero di ammalati che ebbi occasione di osservare in accampamenti di brigate scesi dalla trincea o in ospedaletti della 2ª Armata, ove mi recavo per le ricerche batteriologiche, mi colpì una forma di diarrea che si ripeteva con identità di quadro e che volli studiare.

Clinicamente essa era caratterizzata da inizio brusco, quasi senza prodromi il paziente colto da diarrea, da rapido abbattimento delle forze, facile il vomito; sintomi che si accentuavano rapidamente, sì che le scariche di feci mucose scolorate non ematiche (anche 15-20 evacuazioni), i lineamenti affilati, talora crampi muscolari, impressionavano sinistramente.

Ma in una settimana circa il grave quadro si risolve, la temperatura che era normale o subnormale diviene lievemente febbrile, i sintomi suddescritti si attenuano, le evacuazioni meno frequenti, le feci riacquistano gradatamente colorito; in un mese circa si ha la guarigione completa.

Nei 60 casi nei quali isolai il germe che verrà descritto non si ebbe ad osservare alcun decesso.

La forma aveva evidenti caratteri di contagiosità. Così in una brigata a riposo in cui varie decine di soldati colpiti erano stati isolati si contagiarono le sentinelle poste a guardia del piccolo accampamento, nonostante queste fossero state scelte fra individui sani.

Nell'agosto ebbi il massimo numero di forme caratterizzate a questo modo; e da 60 casi potei isolare un germe che prevaleva sugli altri nelle feci, che veniva costantemente agglutinato dal siero degli ammalati (agglutinazione positiva sino alla diluizione di 1:500 dopo circa una settimana di malattia) e agglutinazione negativa verso i vibrioni colerigeni, i bacilli della dissenteria, il tifo, i paratifi e il coli che isolavo dalle stesse feci del paziente.

Nell'affrettata ritirata dell'Isonzo mi riuscì di salvare una cultura del germe che avevo studiato; ne andarono smarriti i protocolli.

Studio batteriologico. — Metodo di isolamento. L'esame delle feci di aspetto bianco mucoso, praticato allo stato fresco (appena emesse) non ha mai dato a rilevare presenza di amebe, nè di uova di parassiti.

Con strisci di piccole quantità di muco lavato e colorato si metteva in evidenza: scarse cellule epiteliali desquamate; qualche globulo bianco, qualche eritrocita ed una specie di microrganismo che sovente prevaleva su tutti gli altri nel campo del microscopio, che non prendeva il Gram, che si colorava facilmente con qualunque colore di anilina che presentava i caratteri morfologici che sotto saranno descritti, che in goccia pendente si mostrava animato da vivaci movimenti di traslazione a mo' di serpentino e taluni elementi da rapidi movimenti su sè stesso. L'emocultura del sangue dei pazienti seminato in brodo e in bile, dava costantemente risultato negativo. Nell'intento di isolare questa forma che prevaleva sulle altre nelle feci seminavo gli stracci di muco lavati in piastre di agar semplici, di agar di Endo, di Drigalski, su agar lattosato con tornasole, in acqua peptonata e in agar Dieudonnè. Vidi con l'esperienza che il Dieudonnè si prestava ottimamente per isolare il germe in cultura pura. Nelle altre piastre si aveva frequentemente la prevalenza del coli. Da semine praticate successivamente ogni giorno ho osservato che esso scompariva assai presto nelle feci nel corso della convalescenza.

Morfologia. — In goccia pendente e in opportune condizioni di temperatura si vede un germe vivacemente mobile, con movimenti o a serpentino o di rotazione su sè stesso. Prelevato dalle colonie su terreni iperalcalini ha movimento, così vivaci da ricordare lo sciame di zanzare.

Osservato in culture in brodo si nota che la divisione del germe avviene per scissione trasversale con formazione talora di catenelle.

Nei preparati colorati si presenta sotto forma di un bacillo alle estremità appuntite, si osservano forme curve talora, ma sempre isolate; ha lunghezza variabile da 3 a 6 micron.

Il processo Nicolle per la colorazione delle ciglie mette in evidenza costantemente un ciuffo di ciglia a ciascun polo lunghe 5-6 volte il germe; più raramente si possono mettere in evidenza ciglie laterali brevi.

La temperatura ottima di sviluppo è di 37°.

Caratteri delle culture. — In brodo si ha la formazione di una pellicola superficiale dopo 12 ore e quasi costantemente intorbidamento.

In agar semplice dopo 10 ore si osservano colonie trasparenti, rotondeggianti. Su patata lo sviluppo è lento e stentato.

In gelatina si ha lo sviluppo superficiale di colonie biancastre che non fondono il mezzo di cultura sia in tubi che in piastre. Poste a sviluppare in tubi di gelatina a 37°, ritolti dal termostato questi si risolidificano dimostrando che il germe non ha per nulla proprietà solventi. In acqua peptonata dà sviluppo di una sottile pellicola ed intorbida leggermente il mezzo. In piastre di agar Dieudonnè si ha sviluppo di colonie trasparenti già dopo 10 ore, ed il terreno odora di muffa. In piastre alla Drigalski e alla Endo lo sviluppo è piuttosto stentato ed i terreni non vengono modificati, come pure non vengono modificati i terreni fatti coi varii zuccheri e laccamuffa (lattosio, glucosio, galattosio, saccarosio, destrosio, maltosio e destrina). Solo nell'agar al glucosio si ha, dopo 48 ore un leggero arrossamento che poi scompare. Il latte non viene coagulato; il latte laccamuffato e il latte laccamuffato e unito ai varii zuccheri non viene modificato.

La reazione dell'indolo saggiata coi varii metodi e tenuti per vari giorni i tubi in termostato riesce negativa costantemente. Le culture in anaerobiosi rimangono sterili.

Agglutinazione. — Il germe in esame viene agglutinato dal siero dell'ammalato dalle cui feci fu isolato e rispettivamente dai sieri degli altri ammalati da cui fu isolato lo steso germe. In 5° e 6° giornata il siero di sangue lo agglutina alle diluizioni 1:50 - 1:100 - 1:200 - 1:300 - 1:400 - 1:500. Il germe non è auto-agglutinabile, nè viene agglutinato dai sieri normali a nessuna diluizione, non si agglutina con le va-

rie diluizioni del siero agglutinante Shiga. Verso il siero agglutinante Flexner diede in alcuni esperimenti agglutinazione positiva 1:50-1:100.

Non si agglutina con siero agglutinante il bacillo di Hiss, non si agglutina coi sieri anticolerico, antitifico, antiparatifico.

Esperimenti sugli animali. — Nel coniglio si, possono avere formazioni di agglutinine specifiche, con iniezioni di un ansa di cultura ripetute per 3 volte alla distanza di 5 giorni l'una dall'altra. Questa dose di cultura iniettata nelle vene non dà luogo nè a fenomeni tossici, nè a fenomeni patogeni apprezzabili.

Iniezioni di dosi molto forti (una intera patina di un tubo di agar a becco di flauto emulsionata in soluzione fisiologica e poi la cultura uccisa col calore) iniettata nelle vene determina fenomeni tossici specialmente a carico del rene e delle capsule surrenali (congestione ed emorragie) ma raramente riescono mortali.

L'iniezione endovenosa nella stessa quantità di cultura viva può determinare la morte (il 50 % degli animali) in un periodo di tempo di 24 ore a 3 giorni e alla necroscopia si trova una nefrite emorragica ed emorragie delle capsule surrenali. Iniettato nelle vene o nel peritoneo può determinare la forma setticemica, e si può isolare il germe dal sangue o dagli organi (rene-cistifellea).

Se si alimentano conigli con crusca in cui sia stata versata abbondante quantità di cultura, o si introduca la cultura per via rettale, si può avere la morte dell'animale in capo a 3-6 giorni; e alla necroscopia si osserva oltre alla costante lesione renale (rene ingrossato iperemico o grosso rene bianco se la malattia è durata più a lungo) fortemente congesto tutto l'intestino; e nella mucosa del cieco e del colon chiazze emorragiche puntiformi. La cistifellea sovente si trova ripiena di un liquido scolorato. In questi casi ho potuto costantemente isolare il germe del contenuto della cistifellea.

Considerazioni. — Dai fatti che sono venuto esponendo mi pare si possa logicamente concludere che il germe in esame è patogeno e può essere ritenuto come fattore eziologico della speciale forma di diarrea descritta.

Sono in corso ulteriori esperimenti che hanno per fine un tentativo di classificazione del germe stesso.

Roma, gennaio 1918.

Il fascicolo 4 (1° aprile 1918) della nostra **SEZIONE MEDICA** conterrà i seguenti lavori:

I. Prof. G. MORESCHI - *Sulla patogenesi del diabete insipido.*

II. Prof. Dott. SILVIO RICCA - *Il problema clinico-chirurgico delle lesioni da guerra dei nervi periferici a tipo paralitico.*

NOTE DI TECNICA.

1ª Clinica chirurgica e semeiotica della R. Università di Napoli
diretta dal prof. G. PASCALE

Di un metodo semplice e pratico per prelevare e spedire inalterati campioni di sangue per analisi.

Dott. SAVERIO SCIGLIANO, *Assistente.*

Fra i molteplici metodi esistenti per la prelevazione del sangue da sottoporre ad analisi (sieroreazioni di Wassermann, Widal, Bordet e Gangou, Pfeiffer, Abderhalden, ecc.), manca quello che, per la sua semplicità, permetta al medico lontano dal laboratorio e non esercitato nella pratica, di raccogliere egli stesso dal suo infermo il campione da esaminare, e di farlo giungere inalterato all'analizzatore anche dopo lunghissimo viaggio.

I mezzi comunemente usati nei laboratori siero-diagnostici sono ottimi e nello stesso tempo semplici per il ricercatore, che — bene edotto della tecnica del metodo che preferisce — ne conosce ogni dettaglio, e, raccolta dall'infermo, che gli manda il medico generico, la voluta quantità di sangue, pone questa in riposo nel suo gabinetto o passa direttamente alla ricerca. Il sangue così con qualsiasi mezzo ottenuto ed in qualunque recipiente raccolto, purchè sterile, non va incontro ad alterazioni di sorta.

Ma se sorge il bisogno di una indagine ematologica per ammalati lontani dai laboratori ove si compiono simili studi, il problema della raccolta del sangue offre al medico pratico difficoltà non lievi inerenti alla tecnica del prelevamento, e più ancora alla spedizione del campione. Se per questi casi si vuole adoperare la siringa del Tursini o si ricorre ad altri mezzi aventi di mira di far fluire o di aspirare da un vaso venoso la voluta quantità di sangue, a parte la delicatezza e alle volte difficoltà della tecnica anche per quelli che vi sono esercitati, si urta dopo contro la difficoltà di mandare inalterato il sangue stesso. Questo coi mezzi accennati viene per lo più raccolto in tubi da saggio, e non è semplice e piano attendere alla buona chiusura di essi: il tappo di gomma, la chiusura alla lampada lasciano naturalmente la maggior parte del tubo vuoto, e il liquido raccolto nella misura di 2-3 cmc. vi guazza dentro; ed anche a portarlo dalla casa dell'infermo al Laboratorio della città, l'emoglobina si diffonde nel siero, onde difficilmente questo può essere ottenuto chiaro e spoglio di pigmento anche dopo protratta centrifugazione.

La puntura del polpastrello di un dito con le varie lancette semplici o a scatto, mentre è

pratica lunga e noiosa dà poco sangue, non garantisce per nulla un'asepsi scrupolosa, come del resto avviene anche per gli altri mezzi oggi più in uso, eccita la sensibilità del paziente, e non risolve il problema del trasporto o dell'invio del campione raccolto al ricercatore. Le varie pipette cogli estremi capillari da chiudere a lampada riescono insufficienti per la minima quantità di sangue che possono raccogliere, sono estremamente fragili, senza dire che bisognerebbe che fosse vinto quel naturale ritegno che il medico non esercitato a tale pratica, ha nel succhiare con simili tubetti il sangue prodotto dalla ferituccia di uno spillo, di una lancetta o di un coltellino.

A tutto ciò se si aggiunge l'impressione che il paziente riceve anche dalla sola vista delle varie siringhe, aghi di grosse dimensioni, lancette, ecc., e più ancora dalla vista del proprio sangue, inevitabile se lo si ottiene coi mezzi ora enunciati, impressione che arriva in alcuni caratteri suscettibili a provocare lipotimie non lievi, ne viene di conseguenza che la prelevazione del sangue per un'analisi è considerata dal medico generico come un atto oltre che delicato, ben a ragione difficoltoso, sì da dovere essere affidato allo specialista analizzatore, che pensa a prelevare il sangue e ad eseguire l'indagine richiesta. Onde agli ammalati residenti in provincia, nei paesi ove Laboratori del genere non esistono, è completamente preclusa la via di usufruire di un lume scientifico alle volte prezioso, e solamente possono giovarsene coloro che hanno i mezzi e la opportunità di recarsi in città, mentre pei degenti a letto (malati febbrili) non può realizzarsi nemmeno questa risorsa.

Trovare un mezzo facile per raccogliere un campione di sangue da analizzare, anche per quei colleghi che non ne videro mai la tecnica, e risolvere nel contempo il problema della spedizione del sangue raccolto anche nei più lontani paesi della Provincia, in maniera che giunga inalterato al Laboratorio di fiducia, sicchè la Provincia possa ricorrere a questo per l'esame del sangue in genere con la stessa facilità — per così dire — colla quale vi manda un campione di urina o di espettorato, è stato l'oggetto del mio studio, e credo di aver risoluto il duplice problema col piccolo apparecchio, che ho ideato e che descrivo.

* * *

Esso viene da me denominato *fialetta-siringa*: della fialetta ha forma e funzione, colla siringa ha poco analogia perchè non aspira ma accoglie passivamente il liquido; però sostituendo le siringhe che si adoperano cogli altri metodi di prelevamento di sangue, il secondo appellativo riesce a chiarire meglio il modo come il semplice ma originale apparecchio funzioni.

Si compone pertanto — come mostra la figura I B — di una fialetta di vetro bianco o colorato di una capacità variabile dai 2 ai 4 cmc. con due aperture o becchi, uno inferiore — mettendo l'apparecchio nella posizione verticale — smerigliato, al quale s'innesta nel momento dell'uso un ago cannula di una comune siringa di Pravaz, e l'altro superiore sovrastante ad un piccolo rigonfiamento a pallina, che serve ad indicare il livello al quale deve arrivare il sangue che si vuole raccogliere. Essa prima dell'uso è contenuta insieme col suo ago (un ago per iniezioni di calomelano quanto più corto sia possibile) in un tubo chiuso alla lampada come mostra la fig. I-A: in questo, sterilizzata

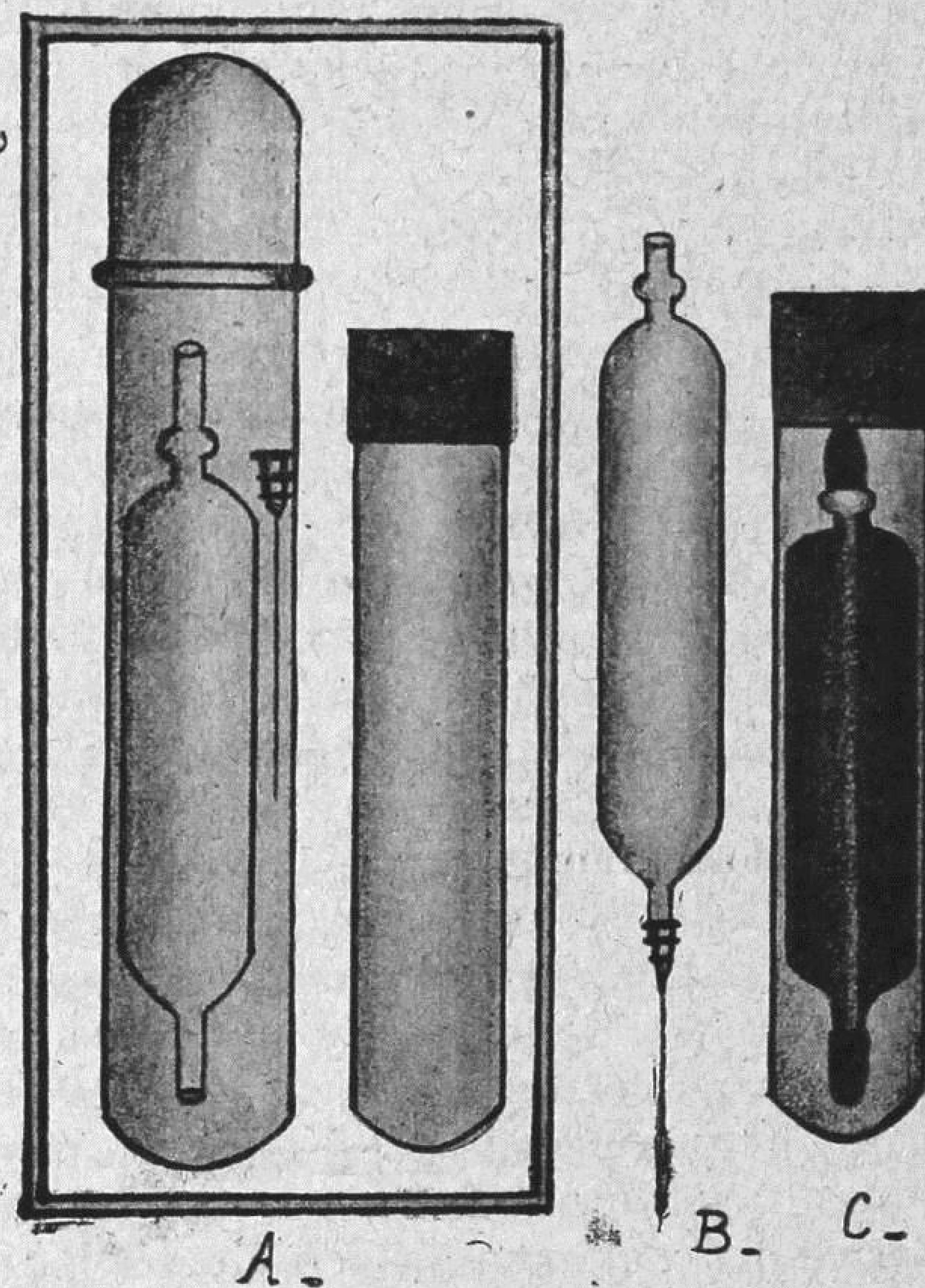


Fig. 1.

alla stufa a secco, si mantiene tale per tempo indeterminato, onde in qualunque sito ed in qualunque momento rotto tale tubo custodia al suo tratto d'unione, mediante un colpo secco dato con un corpo rigido (un paio di forbici, un manico di coltello, ecc.) all'estremo sovrastante al tratto stesso, ci si trova in possesso dell'apparecchio pronto per l'uso. L'altro tubo vuoto della stessa figura I-A, chiuso con capsula metallica, e che del resto potrebbe essere pure contenuto nel primo tubo che custodisce la fialetta-siringa, serve per accogliere questa, quando, piena del sangue da esaminare

e chiusa ermeticamente ai due estremi, debba essere mandata o spedita al Laboratorio di ricerche ematologiche (Vedi fig. I-C).

Ciò detto apparirà semplice il modo come l'apparecchio funziona ed il principio di fisica che si è applicato: infatti se in un punto qualsiasi dell'arto superiore di un paziente si pone un laccio elastico o una qualsiasi fasciatura stretta tanto da non interrompere completamente la circolazione arteriosa, ma da ostacolare quella venosa, si determinerà al di sotto della fascia una vera stasi venosa, che ben presto metterà in evidenza, rendendole turgide, le vene superficiali dell'arto stesso. In questi tratti venosi sottostanti al laccio, in cui il sangue non può discaricarsi, la pressione è naturalmente superiore a quella che esiste nelle vene che si discaricano senza ostacoli, onde se nel lume di essi pesca un ago cannula di una comune siringa di non troppo piccolo diametro, il sangue sarà sollecitato a fuoriuscire attraverso l'ago stesso. Sicchè disponendo di un tale ago che si innesti a sua volta ad un tubo-aperto all'estremo opposto — come ad un corpo di pompa di una vera e propria siringa di Pravaz, e penetrando con esso dall'alto in basso, e cioè in senso inverso alla corrente sanguigna, in una vena nelle condizioni sopra esposte, il sangue contenutovi trova attraverso l'ago cannula una via di scarico, che naturalmente si effettua nell'interno del recipiente innestato all'ago, scacciandone l'aria per l'apertura superiore, il che vale a riempirlo di quella quantità di sangue che sarà sollecitato a fuoriuscire.

Ciò spiega a sufficienza come la « fialetta-siringa » debba funzionare, e basterebbe vedere le annesse figure tratte dal vero per rendersene esatto conto: ma credo utile enunciare la tecnica nei suoi minimi dettagli, perocchè questa mia relazione essendo scritta per quei colleghi che non hanno pratica di Laboratorii di ricerche ematologiche, è doveroso esporre e chiarire ogni minuzia, mentre non bisogna sorvolare su alcune particolarità, sottostando il sangue da raccogliere alla legge della coagulazione, che, non tenuta in giusto conto, renderebbe irrealizzabile quanto sopra si è esposto.

*
* *

Da ciò che si è detto adunque tutto consiste — volendo servirsi della « fialetta-siringa — nel penetrare dall'alto al basso coll'ago innestato al suo becco inferiore in una vena superficiale dell'arto toracico, resa turgida per stasi creata dal laccio.

Tale pratica dirò subito è assai più facile di una comune iniezione endovenosa, perocchè mentre per questa la vena dev'essere aggredita dall'ago della siringa piena nel senso della corrente sanguigna, cioè dalla periferia verso il centro, per cui spesso s'incorre nell'inconveniente che la vena sfugge all'ago; colla mia « fialetta-siringa » invece dovendosi infiggere l'ago in senso inverso alla corrente sanguigna, e precisamente dall'alto al basso e perpendicolarmente, si ha che tale posizione agevola di per sè stessa il compito, senza dire che il laccio che crea la stasi contribuisce non poco a che il vaso venoso non sfugga.

Il primo tempo adunque consiste nel mettere bene in evidenza mercè un laccio elastico fermato con una pinza o con dei giri di fascia una vena qualsiasi del braccio, dell'antibraccio o meglio della piega del gomito: l'arto sarà tenuto perpendicolarmente, e riesce assai comodo se il paziente e l'operatore staranno in piedi (può del resto usufruirsi di qualsiasi posizione, purchè si ottenga che l'arto stia in posizione perpendicolare, e l'ago possa aggredire dall'alto al basso la vena prescelta). Ciò fatto si sterilizzerà la regione: si laverà questa con un batuffolo d'ovatta imbevuto di alcool, indi vi si passerà della tintura di iodio, di cui sarà bene togliere l'eccesso mettendovi ancora dell'alcool; e asciugata bene la parte o con dell'ovatta sterile o aspettando che l'alcool sia perfettamente evaporato, si è già pronti per la semplice operazione.



Fig. 2.

L'operatore prende la « fialetta-siringa » tolta dal suo tubo custodia coll'ago bene innestato con la mano destra, così come si tiene una comune siringa per iniettare, mentre la sua mano sinistra immobilizza l'arto in basso del

punto prescelto, e passato rapidamente per maggiori garanzie alla fiamma l'ago (senza fargli perdere la tempra), avvicina la sua punta alla prominenza della vena, accosta all'arto tutto l'apparecchio quasi in posizione parallela ad esso (vedi fig. II-III) e premendo dall'alto al basso *con lievissima tendenza ad approfondirsi*, trafigge la cute ed entra nel lume della vena. La pressione verso il piano profondo sia modica, perocchè potrebbe passarsi il vaso da parte a parte, il che non darebbe risultato alcuno. Qualora ciò avvenga o comunque l'ago non sia capitato nel lume vasale si ripete la cosa ma ad un livello più alto o più basso del punto di prima. Entrato l'ago cannula nel lume della vena il sangue sale nella fialetta, che si riempie rapidamente nel primo tratto, lentamente nei tratti più alti, dovendo il liquido vincere la sua gravità. (Vedi fig. II-III).

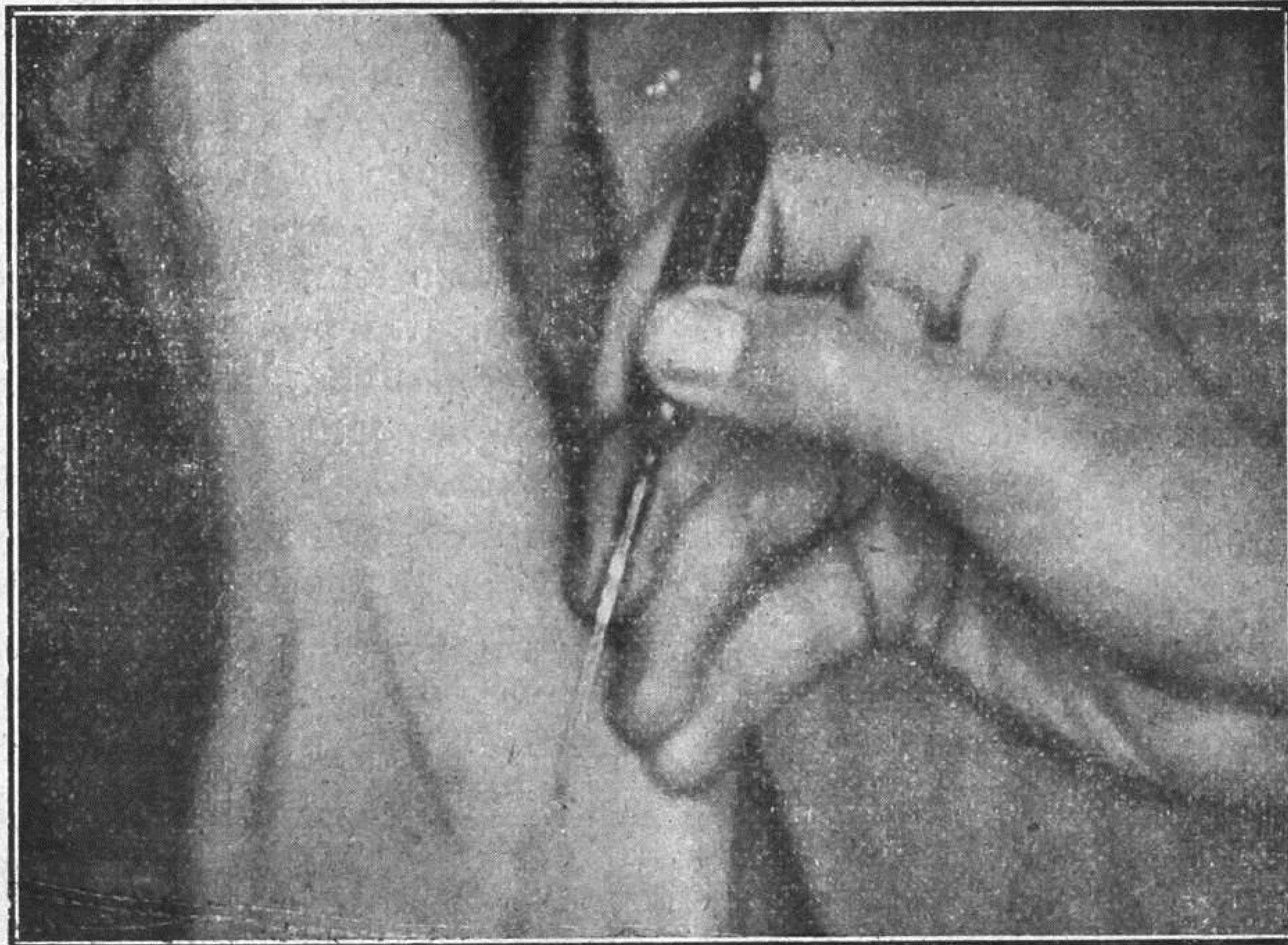


Fig. 3.

Si procuri però che il livello del sangue giunga al rigonfiamento a pallina esistente al beccuccio superiore dell'apparecchio, dal quale viene scacciata l'aria esistente nel suo interno dallo stesso sangue che vi sale. Arrivato a questo punto (vedi fig. IV) l'indice della mano destra dell'operatore che tiene la siringa passa ad occludere ermeticamente la sua apertura superiore, mentre la mano sinistra preso un pannilino di garza o un batuffolo di ovatta imbevuto di alcool lo comprime contro il punto da cui — una volta ben chiuso con l'indice destro l'apertura superiore — si toglie la « fialetta-siringa » ripiena di sangue. Parimenti si toglie o si fa togliere il laccio o la fascia dal braccio del paziente, mentre questo od una persona che assiste comprimerà colla pezzuola il punto della vena trasfisso. Intanto l'operatore che tiene sempre la « fialetta-siringa » colla destra, mentre l'indice ne ottura ancora l'apertura superiore perchè il liquido non defluisca, toglie l'ago applicato al suo becco inferiore, facendo assumere all'apparecchio una posizione orizzontale o inclinata in basso sull'apertura otturata col dito, e (vedi fig. V) applica colla mano si-



Fig 4.

nistra al beccuccio, da cui ha tolto l'ago, un cappuccetto di gomma o una capsulina metallica in modo che calzi bene. Fatto ciò lascia l'apparecchio nella mano sinistra inclinato sul becco così chiuso, e tenendo con l'indice della

stessa mano ben ferma questa prima chiusura (vedi fig. VI), colla destra libera applica il cappuccetto o la capsula all'altro beccuccio (apertura superiore).

facilità della tecnica, per la scrupolosissima asepsi colla quale si ottiene e nella quale si mantiene il sangue, per il minimo dolore che si provoca al paziente, al quale desta un senso

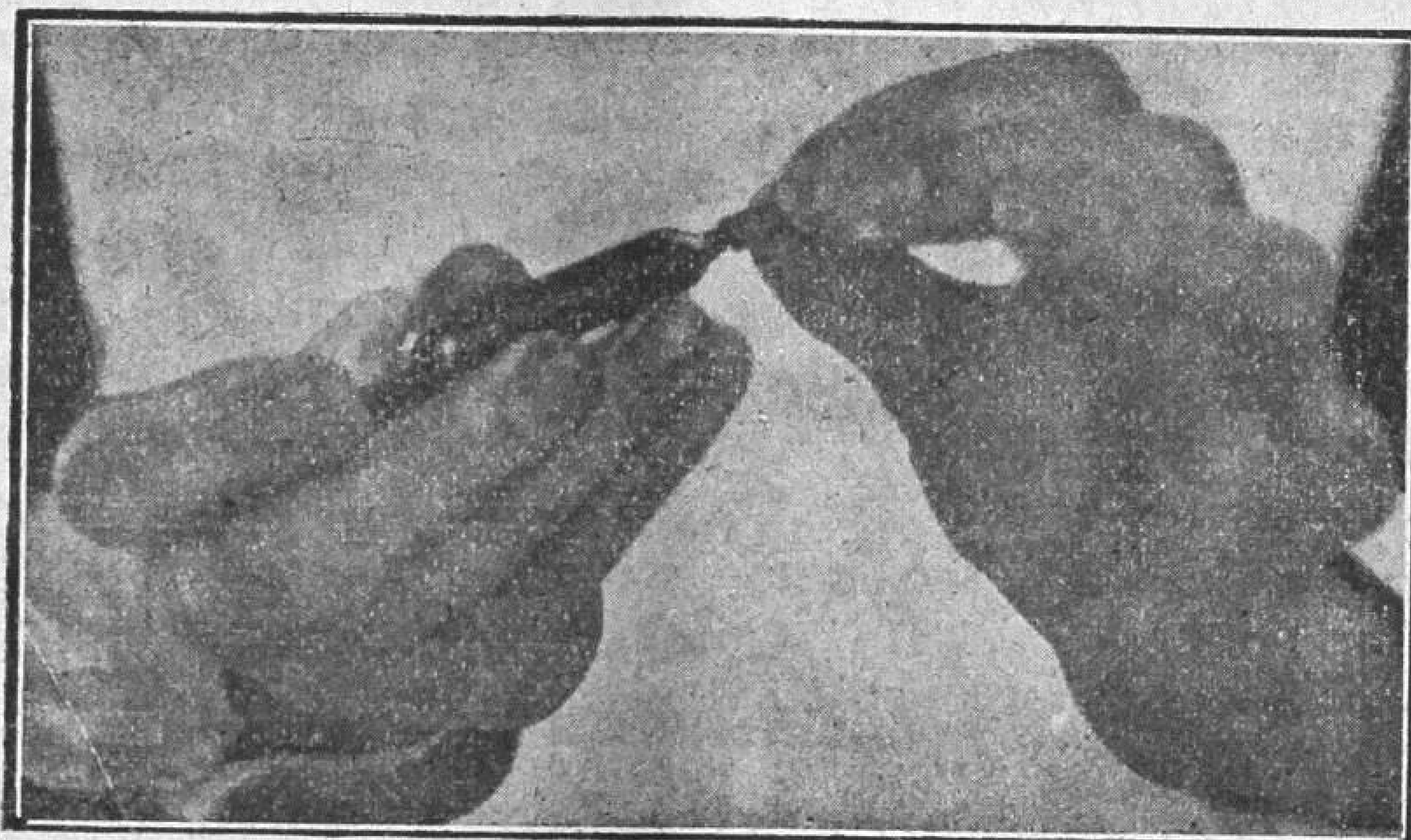


Fig. 5.

Così otturata ermeticamente la « fialetta-siringa » viene messa nel suo tubo custodia, pronta per essere agevolmente portata al Laboratòrio o spedita in apposito astuccio anche per lunghissimo e disagevole viaggio (vedi fig. I-C).

Ritornando al paziente aggiungiamo che qua-

di piacevole curiosità il vedere salire il sangue nell'interno del tubo, e per il fatto che, col metodo che propongo, *si rende possibile al medico curante di prelevare nella maniera più ideale direttamente dal proprio infermo il sangue per analisi in ogni luogo ed in qualsiasi momento.*

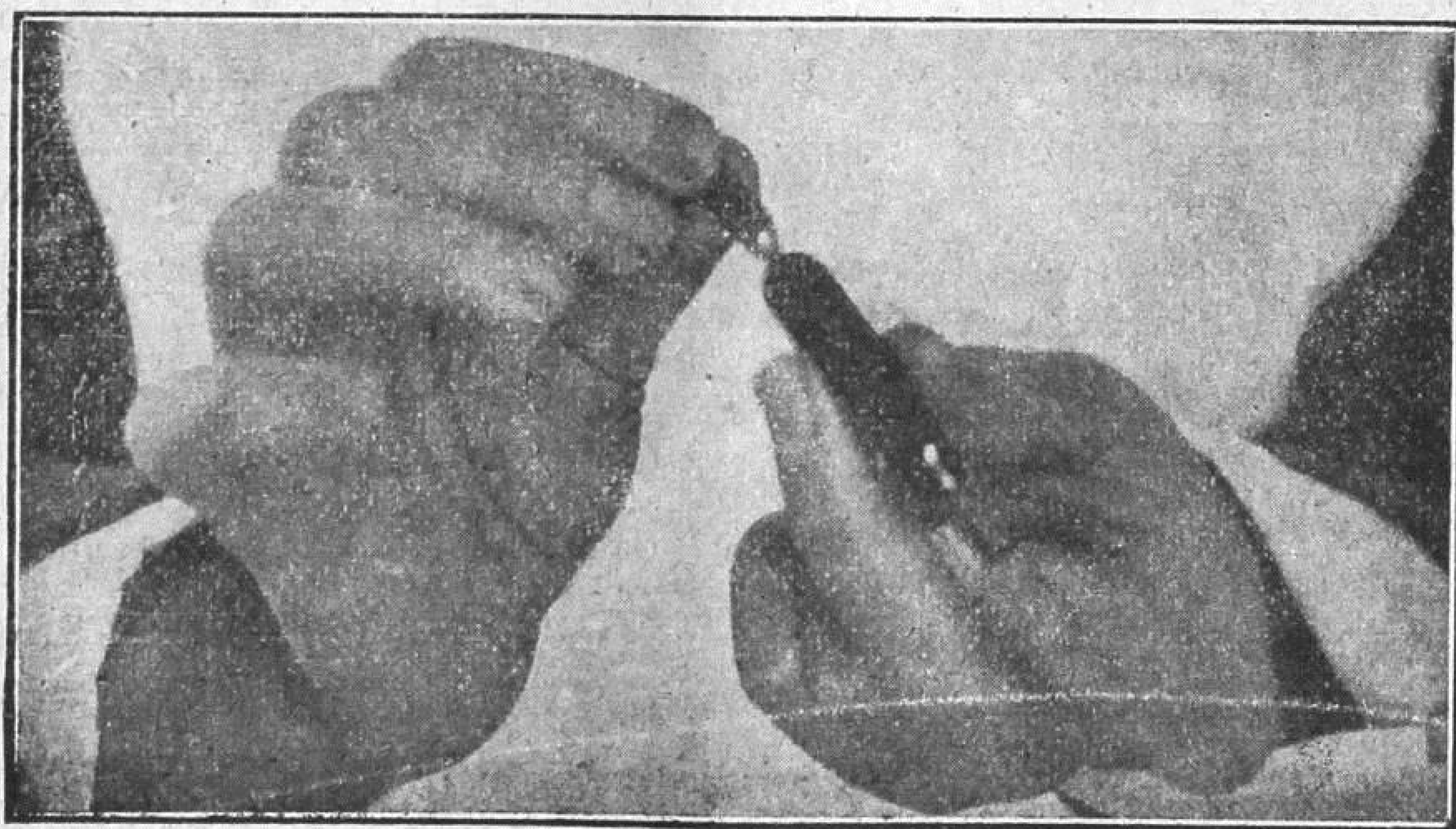


Fig. 6.

si sempre non rimane traccia alcuna di ciò che si è fatto; qualora fuoriesca qualche goccia di sangue dal punto ove è entrato l'ago vi si può applicare una fascetta od un po' di tela adesiva. Rarissimamente si forma in sito un piccolissimo rigonfiamento bluastro dato da un po' di sangue sparso sotto cute; in tal caso, applicata la fascetta, dopo qualche ora non vi si nota più nulla.

*
* *

Esposto così il modo di funzionare del mio semplicissimo apparecchio, risulta chiara la sua utilità, e — diciamolo pure — ben fondata la preferenza che gli si dovrebbe accordare per la

E a questo punto giova riportare il risultato di alcune esperienze istituite al proposito.

Eseguii la siero-reazione di Wassermann secondo il metodo originale su 7 sieri prelevati nelle 24 ore; ebbi 4 risultati chiaramente positivi (arresto totale dell'emolisi) e 3 nettamente negativi (emolisi completa). Ripigliai a ciascun paziente il sangue colla « fialetta-siringa » e spedii in pacco postale i campioni prelevati in un paesetto della Calabria distante dallo scalo ferroviario parecchi chilometri (vi si accede per via mulattiera e vi si impiegano dalla stazione circa 7 ore), dirigendolo al Collega ed amico dottor Santoro. Questi, dietro mie istruzioni, ri-

tirò il pacco, lo tenne presso di sè un paio di giorni e poi lo rispedì a me: riebbi così le fialette dopo 7 giorni dalla prima spedizione, e dopo un viaggio il più disagevole che mai, rifeci all'ottava giornata dal prelevamento le prove, ed ottenni i medesimi risultati coll'identica chiarezza e precisione.

Due reazioni di Widal, positiva l'una per il melitense e l'altra per il paratifo, dettero dopo 6 giorni dal prelevamento del sangue e dopo un viaggio simile i medesimi risultati (e nelle identiche diluizioni dei sieri) avuti cogli stessi sieri provati nelle 24 ore dal prelevamento.

E ancora ebbi una reazione di Wassermann positiva con siero proveniente da soggetto sicuramente sifilitico, dopo aver tenuto il sangue per ben 15 giorni nella « fialetta-siringa » a temperatura di stanza.

Resta così provata la inalterabilità del campione che si raccoglie col semplicissimo apparecchio ch'io propongo, poichè, ripieno per intero come si è detto, il sangue vi rimane — mi si passi l'espressione — come in una sezione dell'istesso vaso venoso, dal quale opportunamente si è trasportato nella fialetta, senza il minimo contatto coll'ambiente esterno.

* * *

Giova pertanto richiamare l'attenzione di quei colleghi, che si volessero servire dell'apparecchio proposto, su alcuni dettagli di tecnica che ho potuto rilevare nelle numerose esperienze fatte con esso.

1° La « fialetta-siringa » quando viene liberata dal suo tubo custodia chiuso alla lampada è già sterile come si è detto. È tuttavia buona pratica dopo avervi innestato l'ago passare attraverso la fiamma a spirito l'ago e la fialetta, in maniera che questa si riscaldi un po' ma non eccessivamente: si cerchi che tutto l'apparecchio abbia una temperatura di 37-38°C: il sangue così non passando dalla sua temperatura normale a quella fredda data dalle pareti del mezzo nel quale è sollecitato ad entrare, non coagula e il lume dell'ago non si ostruisce. Se ciò dovesse succedere, la fialetta non arriverebbe a riempirsi sino al tratto voluto. In ogni caso però si raccoglie sempre una quantità di sangue sufficiente per qualsiasi ricerca. Ed ove la quantità raccolta sia minima, sarà inutile cercare di riempire la fialetta tentando altri assaggi; sarà preferibile o contentarsi della quantità raccolta — se ciò è possibile — o adoperare un'altra « fialetta-siringa » che non sia stata usata, abbandonando anche l'ago della prima, che potrebbe essere ostruito da grumi sanguigni.

2° L'innesto dell'ago al becco dell'apparecchio dev'essere a perfetta tenuta, deve cioè calzar bene; se ciò non si verifica uscirà tra la corona dell'ago e il becco del sangue, che favorisce la coagulazione e di conseguenza l'otturazione del lume dell'ago o del becco della « fialetta-siringa ».

3° Una norma importantissima, e sulla quale raccomando la più viva attenzione, è la seguente: l'apparecchio, ago e fialetta, dev'essere perfettamente asciutto e possibilmente caldo come ho riferito. Se vi fosse dell'umidità, se fosse bagnato, se si pensase a far bollire l'ago, se la fialetta avesse funzionato male o l'ago fosse sfuggito dalla vena, in maniera che si fosse raccolto poco sangue, e si volesse quindi pulirla con acqua od altro, ogni prova ulteriore non darebbe risultato alcuno: se il vetro e l'interno dell'ago non è *terso, liscio, asciutto* si ha la coagulazione del sangue e conseguentemente la ostruzione al suo libero fluire. Anche la parte prescelta per la prelevazione del sangue sul braccio del paziente dev'essere — come già si è detto — perfettamente asciutta.

4° La messa in evidenza del tratto venoso nel quale si deve infiggere l'ago può presentare a volta qualche particolare degno di nota. Vi sono dei soggetti a scarso pannicolo adiposo, in cui le vene superficiali appariscono come tanti cordoni, e basta che l'arto superiore venga tenuto in posizione verticale, e che il laccio o la fascia vi sia applicato anche a minima pressione, perchè l'introduzione dell'ago in un tratto qualsiasi di una vena si renda di una facilità straordinaria. Vi sono altri soggetti con pannicolo adiposo più sviluppato e più denso, pei quali è necessario che l'arto sia messo in posizione verticale alcun tempo prima della piccola operazione, e che il laccio sia applicato anche in precedenza e a tenuta più ferma, perchè i cordoni venosi appaiano accessibili all'ago. E finalmente ve ne sono altri — fortunatamente rari — pei quali occorre far tenere l'arto in posizione verticale in un catino d'acqua ben calda per 15-20 minuti, dopo di che vi si applica il laccio, mantenendo l'arto sempre penzoloni, e così si riesce a vedere il turgore delle vene; in alcuni casi rarissimi si vedranno dei tratti non rilevati ma distinti per la colorazione propria dei vasi venosi; a cute perfettamente asciutta e con le norme già menzionate si riesce sempre ad aggredirli, specie se si dispone di aghi a punta ben tagliente e non flessibile, poichè è doloroso constatare di sfuggita che gli aghi che si trovano oggi in commercio si prestano non troppo lodevolmente per l'apparecchio da me proposto..... ed anche per gli altri usi!

5° In tutti i casi è ottima pratica applicare il laccio o la fascia 4-5 minuti prima della introduzione dell'ago nella vena.

* * *

Ed ora mi si permetta che esprima una modestissima opinione circa le possibili preoccupazioni che si destano nell'animo di alcuni colleghi per il fatto di dovere, col metodo che propongo, ferire una vena con un ago, sia pure di non troppo grandi dimensioni. Qualche eminente specialista di ricerche ematologiche preferisce ottenere il sangue dal polpastrello di un dito mercè apposita ferituccia o puntura, adducendo che « *non vale la pena ferire una vena per prelevare un po' di sangue* ». A parte gli inconvenienti già menzionati che si verificano con questo metodo del tutto irrazionale, io non so quali preoccupazioni debba destare la semplice puntura di una parete venosa, se ciò si esegue con tutte le norme di asepsi e di antisepsi. È a questo proposito sorge spontanea una domanda: quando si fa un'iniezione ipodermica od intramuscolare — e non è sempre il medico che la pratica! — si può evitare di trasfiggere coll'ago della siringa i numerosi vasi venosi ed arteriosi, che esistono lungo il tratto che l'ago stesso percorre? Vero è che sono vasi di piccolo calibro, dei capillari, ma se preoccupazioni di sepsi deve destarci il ledere con un ago un punto di una parete vasale, a me pare che il lume del vaso in parola grande o piccolo che sia non debba avere molta importanza! E più ancora se ricordiamo che una cinquantina d'anni fa il Flebotomo apriva con la più franca facilità le vene superficiali dell'arto superiore con la sua lancetta non più sterile dell'ago della mia siringa, io non trovo oggi giustificabile il più piccolo e lontano timore di far male in un medico, che voglia eseguire il metodo che io propongo e che ho descritto con le norme e le cautele enunciate.

* * *

Dopo ciò non credo chieder molto se spero che il metodo in parola venga controllato da Colleghi e da Maestri. Ed ove risponda a quanto io ho affermato, mi lusingo che possa ritenersi come il più pratico e come quello che risolve nella maniera più semplice e più sicura il problema del trasporto del campione; onde nelle Provincie, in ogni paesetto ove Laboratorii scientifici non esistono, l'apparecchio da me proposto debba considerarsi come oggetto indispensabile al Medico, che può trovarlo ad ogni istante nelle Farmacie o presso i Municipii od Ufficii Sanitarii, potendo all'uopo rendere preziosi servigi per la pratica professionale e più ancora per la pubblica igiene.

L'apparecchio è garantito dal R. Brevetto n. 159771.

RIVISTE SINTETICHE.

I nuovi studi sulla polmonite.

Eziologia. — È noto che l'agente patogeno della pneumonite è un microrganismo, scoperto da Fränkel, a cui è stato dato il nome di pneumococco. Le ricerche di R. Cole e di Neufeld hanno portato a distinguere quattro diversi tipi di pneumococchi, caratterizzati da reazioni immunitarie (agglutinazione e precipitazione) e da determinati particolari morfologici.

I gruppi I e II consistono di membri in stretta relazione immunologica con gli altri dello stesso gruppo; il gruppo III forma lo *Streptococcus* o *Pneumococcus mucosus*. Nel gruppo IV le reazioni immunologiche sono incostanti anche per lo stesso stipite.

Riguardo alla frequenza con cui si riscontrano, è stato osservato che il tipo I si trova in un terzo dei pneumonici, il II in un altro terzo, il III nel 10-15%, il IV nel rimanente. Quest'ultimo sarebbe invece il più frequente nelle polmoniti infantili.

Varia anche, secondo il tipo, la gravità dell'infezione, che è massima per i tipi II e III, discreta per il IV e minima col I.

Meccanismo dell'infezione. — Dato il reperto quasi costante del pneumococco nella saliva, la polmonite veniva ritenuta come una infezione autogena consecutiva ad aumento di virulenza dei pneumococchi albergati nella bocca, od a diminuzione dei poteri di difesa dell'organismo. Con la determinazione delle accennate varietà, si è invece dimostrato che nella cavità boccale di individui sani non si trovano mai i tipi I e II, che sono invece i più frequenti nelle polmoniti. Solo occasionalmente si trova il tipo II: è invece frequente il III e predominante il IV.

I tipi I e II si trovano di preferenza nell'ambiente dei malati di polmonite, nelle persone d'assistenza, ecc.

È probabile dunque che le razze I e II, che hanno caratteri più fissi, siano da considerarsi come squisitamente parassitiche: invece gli stipiti eterogenei rappresenterebbero il tipo di pneumococco delle bocche normali, che sarebbe il più suscettibile a cambiamenti ambientali.

Sotto questo punto di vista la pneumonite va quindi considerata come una vera e propria malattia infettiva di origine esogena. Essa è una batteriemia, in cui la lesione polmonare non è che un segno di focolaio: altri ve ne possono essere in altri punti, come p. e. nell'orecchio medio, nei reni, ecc.

Spesso l'infezione pneumonica si manifesta come una forma d'influenza, che si localizza nell'apparato respiratorio o nell'intestino. La forma setticemica è ancor più netta nelle razze relativamente nuove a tale infezione, come si è verificato ora in Francia nelle truppe nere, in cui la localizzazione polmonare è incostante e la mortalità altissima (80%). Il carattere squisitamente epidemico ed essenzialmente setticemico dell'infezione pneumonica nei nativi dei paesi tropicali trasportati nei climi europei, conferisce a tali forme un alto interesse dottrinale. Esse occupano in certo modo un posto intermedio fra la pneumonite dell'europeo e la setticemia pneumococcica sperimentale.

Non è però da ritenersi che l'emocoltura dia sempre risultati positivi; nei casi benigni essa è anzi quasi sempre negativa, in quelli gravi e mortali si trovano invece parecchie colonie di pneumococchi per cmc. di sangue.

Vi sono poi delle forme attenuate, fra cui si possono anche annoverare i comuni raffreddori, che, specialmente se dovuti al tipo I e III, devono considerarsi come possibili sorgenti d'infezione.

Postumi. — Si è generalmente ritenuto come una verità assiomatica, che la polmonite guarisce spesso senza lasciare tracce nè strascichi di sorta. Gli ultimi studî di M. Letulle dimostrano invece che questo concetto, come tutte le cognizioni imposte dai teorici, è una eccezione, per non dire una illusione. Bene spesso, di fatto, l'esame clinico dimostra che, dopo la defervescenza, rimangono, e talvolta a lungo, dei segni stetoscopici in corrispondenza del focolaio.

All'esame isto-patologico si rileva spesso una bronco-alveolite vegetante ed una sclerosi metapneumonica.

Il pneumococco si rivela dunque come un agente di sfacelo interstiziale, molto più profondo di quanto si è ritenuto fin qui. L'infezione pneumococcica, predominante nell'apparato polmonare, vi sviluppa una violenta reazione neo-vascolare e neo-connettivale della trama fondamentale. La tenacia dei processi di difesa dell'armatura polmonare supera di molto le note lesioni interstiziali e fornisce la prova della preesistenza dell'infezione pneumococcica, permettendo di comprendere le riattivazioni facili, subdole e spesso misconosciute della infezione pneumococcica polmonare, affezione benigna solo in apparenza.

Profilassi. — Stabilito il concetto che l'infezione pneumococcica non è autogena, la sorgente dell'infezione va ricercata nell'ammalato e nell'ambiente che lo circonda.

I pazienti possono diffondere il pneumococco del tipo che ha provocato la malattia, mediante la tosse e lo starnuto, anche qualche giorno dopo la guarigione, in quanto che essi per qualche giorno lo albergano nella cavità boccale. Anche negli individui che stanno attorno all'ammalato, si è trovato in bocca lo stesso tipo di pneumococco; essi sono quindi da considerarsi come portatori e dovrebbero quindi venire assoggettati — come i pazienti stessi — a pratiche disinfettanti, con sostanze capaci di uccidere il pneumococco.

Fra queste, secondo Kolmer e Steinfield, l'optochina ed il bisolfato di chinina sarebbero le più consigliabili; meglio quest'ultimo, alla diluizione di 1 $^{00}/_{00}$ con l'aggiunta di soluzione alcoolica di timolo. Gli oggetti d'uso, le sputacchiere, il pavimento andrebbero altresì disinfettati. I medici e le persone d'assistenza dovrebbero portare dei camici disinfettabili.

Terapia. — Il reperto dei quattro tipi di pneumococco ha gettato un po' di luce sui fenomeni contraddittorî che si osservano nella sieroterapia. Si è così veduto che l'unico siero attivo è quello del tipo I: poco efficaci sono quelli del tipo II ed il polivalente. Sicchè si consiglia di fare subito all'inizio una iniezione di siero del tipo I e ripeterla eventualmente se l'esame batteriologico dimostra che il pneumococco del paziente è quello del tipo I, altrimenti tralasciare il trattamento con siero.

Questo va somministrato per via endovenosa a dosi di 75-100 cmc., scaldandolo prima a 37° ed iniettandolo lentamente (in ragione di 2-4 cmc. al minuto). È bene far precedere una iniezione sottocutanea o endovenosa di 1-5 cmc. per prevenire i fenomeni di anafilassi.

Il siero, nei casi favorevoli, determina una reazione consistente in un leggero innalzamento di temperatura, seguito poi da un abbassamento che dura 8-24 ore. Le successive iniezioni si possono eventualmente fare otto ore dopo, nel caso che non si sia ottenuta reazione, fino alla somministrazione totale di 250 cmc.

Buone speranze aveva fatto sorgere la chemoterapia con la optochina o etilidrocupreina, uno degli alcaloidi della corteccia di china. Essa, alla diluizione di 1:30.000 — 1:160.000 uccide *in vitro* il pneumococco, a quella di 1:10.000 disinfetta quasi costantemente lo sputo, per modo che era da aspettarsi un'azione favorevole sul decorso della pneumonite, pur tenendo conto della tossicità di tale preparato, che determina anche amaurosi con alterazioni retiniche, fenomeni di depressione e narcosi.

Il Wright di fatto dimostrò che il siero di

individui a cui era stata somministrata l'optochina è battericida per i pneumococchi. Chesney e Moore hanno poi potuto stabilire che tale azione è manifesta quando si è iniettata nelle 24 ore una quantità di optochina corrispondente a 24 mg. per kg. di peso corporeo; l'azione battericida si manifesta più presto aumentando la dose. Sarebbe consigliabile somministrare una dose iniziale di 45 cg. e poi delle singole dosi di 15 cg. ogni 3 ore, fino a raggiungere g. 1,5. Nel secondo periodo di 24 ore, si somministra in 10 dosi di 15 cg. l'una.

In un totale di circa 800 casi nella letteratura, trattati con l'optochina, si ha una mortalità del 12 %. Grande importanza avrebbe la precocità dell'intervento: nella statistica di Leschke la mortalità degli individui trattati prima dei tre giorni è del 5 %, mentre è del 21 % in quelli trattati dopo il terzo giorno.

Risultati abbastanza buoni ha ottenuto da noi il Ronchetti, che, somministrando l'optochina all'inizio della pneumonite ne avrebbe potuto addirittura troncare lo sviluppo, oppure più tardi, affrettare la risoluzione od attenuare la gravità, pur non ottenendo azione alcuna o malattia già completamente sviluppata.

Vantaggi notevoli sarebbero stati ottenuti da Richet e Gaultier con l'uso della bile sia per iniezioni che per applicazioni locali (otite pneumococcica). È un fatto che la bile esercita *in vitro* un'azione litica sui pneumococchi; sull'uso pratico di essa in terapia sono però necessari ulteriori particolari e conferme.

La più elementare prudenza consiglia di andare sommamente cauti prima di introdurre nella pratica corrente questi risultati terapeutici: ciò vale specialmente per l'optochina, che determina fatti tossici di una certa importanza, a dosi di cg. 30 per kg. di peso; nel 4 % dei casi della letteratura si è notato ambliopia.

Troppi metodi di cura sono stati escogitati per la cura della pneumonite, dal tartaro stibiato di rasoriana memoria, alle fantastiche dosi di digitale del Petrescu. Ai facili entusiasmi sono succedute le delusioni: quindi sarà sempre opportuno attenersi ai metodi che la lunga esperienza ha sanzionato.

Accenneremo fra questi ad alcuni, che sono stati oggetto di lavori recenti. La canfora p. e. ha trovato notevole ostilità in esperimentatori da laboratorio ed in alcuni ospedali. Così Porter e Newburgh, avendo dimostrato che non vi è insufficienza del centro vaso-motore nelle pneumonite, ritengono che siano inutili i medicamenti che stimolano tale centro ed hanno azione sulla pressione sanguigna, come la stricnina, la canfora, l'adrenalina, la caffeina.

Però anche tali vedute forse eccessivamente teoriche sono da accogliersi *cum grano salis*, tanto più che l'esperienza clinica giornaliera dimostra l'efficace azione delle iniezioni di olio canforato sulla regolarità, sul volume del polso, sulla dispnea cardiaca, ecc. Essa è sempre da somministrarsi quando vi sia minaccia anche incipiente di collasso, e da alcuni ne viene anzi consigliato l'uso sistematico di dosi elevate.

Secondo i nominati Porter e Newburgh, l'insufficienza si manifesta soprattutto nel meccanismo respiratorio, che reagisce poco all'anidride carbonica. È soprattutto al cuore che occorre rivolgere l'attenzione, poichè esso, pur non essendo molto toccato nella pneumonite, può in certi momenti avere bisogno di aiuto.

Per tale scopo la digitale, somministrata fin da principio a dosi di gr. 0,5 per giorno, risponde ottimamente, come lo provano anche le prove di A. E. Cohn, mediante l'elettrocardiografo. Essa impedisce lo sviluppo della fibrillazione auricolare o ne attenua la gravità e può agire tanto favorevolmente da salvare l'esistenza altrimenti minacciata.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

La chirurgia delle vie biliari.

(EMMONS BRIGGS. *The Boston medical and surgical Journal*, 24 gennaio 1918).

Si discute da molto tempo sulla chirurgia delle vie biliari, e mentre prima le simpatie dei chirurgi volgevano verso la colecistotomia, ora sono rivolte invece alla colecistectomia, come operazione di elezione nelle affezioni della cistifellea.

Parlando della importanza fisiologica della cistifellea, il Briggs non crede che essa funzioni come un serbatoio per la bile, e questo sia perchè la quantità di bile che viene giornalmente emessa nel duodeno è 20-25 volte superiore a quella che può essere contenuta nella cistifellea; sia perchè le tuniche muscolari di questo organo sono impotenti a vuotarlo colle loro contrazioni. Egli crede piuttosto, che la cistifellea serva a impedire che un eccesso di pressione nei dotti biliari, danneggi il parenchima epatico. A sostegno di questa opinione

cita un caso di Judel e uno suo proprio, nei quali dopo una colecistectomia si rinvenne il coledoco notevolmente disteso. Ma sia qual si voglia il significato fisiologico della cistifellea esso non ha nessuna importanza quando si tratta di un organo malato, con pareti ingrossate e rigide, impiccolito e immobilizzato da estese aderenze infiammatorie e da retrazioni cicatriziali, e occupato da calcoli. Soltanto il grado delle lesioni che si riscontrano, deve determinare se si debba asportare o drenare la cistifellea.

È necessario procedere alla colecistectomia nelle seguenti condizioni:

Obliterazione del cistico con idrope consecutiva.

Empiema della cistifellea.

Gangrena.

Cistifellea a «fragola» con macchie gialle sulla mucosa prodotte da ulcerazioni croniche.

Oltre che in questi casi, il Briggs è di opinione che si debba asportare la cistifellea quando si trovano le pareti di quest'organo ispessite e rigide, essendo favorito in questi casi il ristagno della bile e il perpetuarsi dell'infiammazione con o senza formazione di calcoli.

È invece controindicata la colecistectomia e preferibile la colecistotomia:

In malati in condizioni gravi tanto da non poter sopportare una lunga operazione.

In individui obesi nei quali la cistifellea si trova annidata sotto il fegato, lontano dal bordo libero di quest'organo; in altre parole, dove non può essere asportata se non con gravi difficoltà.

Nei casi di pancreatite con ittero essendo necessaria in questi casi la vescichetta biliare per compiere una eventuale colecistenterostomia.

La colecistectomia è un'operazione in alcuni casi di tecnica assai difficile. Aprire o legare il coledoco, lèdere la vena porta, legare non perfettamente il cistico o l'arteria cistica, sono accidenti che possono capitare e che portano conseguenze disastrose. La difficoltà maggiore consiste nel giudicare in quali casi è possibile compiere l'asportazione della cistifellea e in quali ciò è troppo pericoloso.

L'A. si dichiara d'accordo con Lane nel ritenere la colecistectomia l'operazione di elezione nella colelitiasi e con Mayo nel crederla indicata nell'80 % dei casi di calcolosi biliare. Egli si è formato questa opinione per i risultati suoi e di altri chirurgi.

Riporta i dati di Swope che ha avuto il 96.8 per cento di guarigioni dopo la colecistectomia e il 74.8 per cento dopo la colecistotomia; e di C. H. Mayo, che ha avuto rispettivamente il 71 % e il 53 %. Fra i suoi operati di colecistotomia, l'A. ha avuto: una recidiva con riformazione di calcoli, due casi nei quali calcoli furono lasciati, e parecchi o con fistole o con dolori persistenti nella regione della cistifellea, segno di colecistite cronica, e che richiesero poi una colecistectomia.

Così che egli crede con Deaver che il 4.07 % di malati di affezioni biliari siano recidivi e già precedentemente sottoposti a operazioni sulle vie biliari.

Dalla colecistectomia anche il Briggs ha avuto brillanti risultati. Se si eccettua un caso nel quale si ebbe fuoruscita di bile dal cistico nella cavità peritoneale, e un altro nel quale otto anni dopo l'operazione si sviluppò un cancro del pancreas, tutti i suoi operati guarirono completamente e permanentemente. La mortalità fu solo del 3.6 %.

Si ha frequentemente una pancreatite come conseguenza di una colecistite e ciò avviene per le comunicazioni che Deaver e Pfeiffer hanno dimostrato esistere fra i linfatici della cistifellea e quelli del tessuto peripancreatico. Così si comprende, come la testa del pancreas si trovi così di frequente indurita e ingrossata nella colecistite, mentre dovrebbe esserlo tutto l'organo se l'infiammazione risalisse lungo il dotto pancreatico. Se la testa del pancreas appare modicamente colpita, Deaver consiglia la colecistectomia per rimuovere il focolaio di infezione.

Se invece l'affezione del pancreas fosse grave si deve drenare la cistifellea e conservarla per una eventuale colecistoduodenostomia nel caso si stabilisse una permanente ostruzione del coledoco.

La colecistectomia secondo il metodo americano, si esegue dissecando la cistifellea da sotto in su, avendo prima reciso il dotto cistico e lagato l'arteria cistica. Il Briggs esegue questo atto operativo in ordine inverso: prima disseca la vescichetta biliare da sopra in sotto e quando incontra l'a. cistica e il dotto cistico li lega e li taglia. Esegue la legatura del cistico con seta all'acido cromico, cauterizza i monconi con una goccia di acido fenico e copre lo spazio occupato dalla cistifellea con due lembi di peritoneo riuniti con una sutura di catgut. L'A. riporta quindi una statistica del «Massachusetts Homeopathic Hospital» di Boston: su 333 operati di colecistotomia si ebbero 38 morti, dei quali 5 per cancro, cioè l'11.4%; su 263 operati di colecistectomia si ebbero 24 morti, dei quali 4 per cancro, cioè il 9.1 %.

m. a.

Le fistole biliari: come evitarle e come guarirle.

(Victor Pauchet. *La Presse Méd.*, a. 1917, n. 10).

Le fistole biliari quando non sieno dovute ad affezioni morbose che ostacolino il deflusso della bile (ulcerazioni da calcoli biliari e stenosi secondaria delle vie biliari, persistenza di un calcolo nel tratto intrapancreatico del coledoco, strozzamento del coledoco per pancreatite cronica, compressione da parte di tumori benigni vicini) sono nella maggior parte dei casi dovute ad accidenti operatorî. Il canale biliare è stato inciso di traverso invece che longitudinalmente; la parete del coledoco è stata casualmente presa entro un laccio nel legare il dotto o l'arteria cistica; questa, non legata in modo perfetto, sanguinava nel fondo del campo operatorio ed il chirurgo nell'applicare una pinza emostatica alla cieca pinzettò anche un condotto biliare; cosicchè si ebbe in definitiva necrosi secondaria della parte erroneamente presa nel laccio e conseguente formazione di una fistola.

Come evitare simile inconveniente?

L'operatore nell'accingersi a praticare una colecistectomia o una coledocotomia deve aver sempre presenti i rapporti anatomici e guardarsi dal cadere negli errori suaccennati. Il punto di unione tra l'epatico ed il coledoco, la posizione del peduncolo della vescicola biliare in rapporto al dotto epatico, il decorso dell'arteria cistica sono tutt'altro che costanti; è perciò necessario identificare bene mediante una dissezione accurata il bacinetto e il dotto cistico come se si trattasse di una preparazione anatomica, e non procedere alla sezione del cistico se non si è prima legata l'art. cistica. Se questa sanguina perchè la legatura non sia bene riuscita occorre astenersi dall'applicare pinze alla cieca, ed introdurre invece l'indice nel forame di Winslow, uncinando con esso la parte superiore del legamento gastro-epatico, per modo da rendersi esatto conto del punto che sanguina fra i due foglietti peritoneali per potervi applicare la legatura senza danneggiare il dotto epatico.

Come curare le fistole già stabilite?

Le aderenze dipendenti dalle pregresse operazioni, lo stato di depressione del paziente, la presenza di numerose venuzze a pareti sottili facilmente lacerabili e sanguinanti in mezzo alle aderenze rendono l'intervento assai delicato.

Occorre anzitutto procurarsi un comodo campo operatorio, che si può ottenere con la incisione di Bevan, che parte dall'appendice xifoide, si porta parallela al bordo costale due centimetri più in basso; e giunta a tre o quattro centimetri dalla linea mediana scende verticalmente in basso fino al disotto del livello della cicatrice ombellicale. I vasi delle pareti vanno allacciati per evitare emorragie secondarie assai facili negli itterici.

Di solito il chirurgo si trova di fronte ad una aderenza più o meno salda tra fegato, stomaco e duodeno; la vescicola biliare per lo più è atrofica. Si praticherà pertanto per mezzo del bistori la separazione dei tre organi; poi, guidandosi per mezzo della fistola da cui fuoriesce la secrezione biliare, senza curarsi di cercare direttamente la porzione del condotto ristretta o compressa, si potrà pervenirvi senza troppa difficoltà seguendo il dotto epatico sano, lungo il bordo libero del ligamento gastro-epatico verso l'estremità duodenale del coledoco.

Riconosciuto il tratto stenosato si può o resecarlo e riunire poi i due monconi sani; o procedere alla dilatazione per mezzo della introduzione di Benniquets; oppure, se non si riesca ad avere moncone duodenale sufficiente per la sutura, impiantare direttamente il canale biliare nel duodeno.

Queste operazioni sulle vie biliari possono secondo l'A. espletarsi con la sola anestesia locale, completata da una breve narcosi eterea o al cloruro d'etile o meglio con l'anestesia paravertebrale.

La scelta del metodo dipende dallo stato di intossicazione e di depressione del soggetto.

L. Guidi.

Indicazioni per la colecistectomia.

(D. Guthrie. *The Journal of the Amer. Med. Ass.*).

L'A. espone in questo articolo il risultato di una inchiesta fatta sulle indicazioni alla colecistectomia, rivolgendo una serie di domande a 45 chirurgi:

1ª Domanda: *In quale percentuale di casi si è avuto una ricomparsa della sintomatologia morbosa dopo la colecistectomia?* 29 chirurgi dettero una percentuale di recidive variante dall'1 al 33%, in media del 9%; *Kehr* una del 15 %. Le recidive dopo la colecistectomia sono assai poche: il loro numero preciso è ignoto all'A.

2ª Domanda: *Eseguite la colecistectomia più spesso che nel passato?* Su 45 risposte 36 furono affermative, 9 negative; i fratelli *Mayo* nel 1915 eseguirono 915 colecistectomie e soltanto 6 colecistostomie.

3ª Domanda: *I risultati sono stati migliori di quando si usava soltanto drenare?* 36 risposte positive, 7 negative.

4ª Domanda: *In quali casi considerate la colecistectomia come l'intervento di elezione?* La maggior parte dei chirurgi risposero che le indicazioni principali per la rimozione della

cistifellea sono date delle alterazioni delle pareti della cistifellea stessa e del dotto cistico.

Kehr raccomanda la colecistectomia come profilassi nei casi di colecistite cronica ribelli alle cure mediche; altri chirurgi richiamano l'attenzione sulla possibilità di infezioni articolari secondarie, prospettata dalle ricerche di Rosenow, e propendono per la colecistectomia, quando le pareti della cistifellea sono lese.

Un'altra indicazione alla colecistectomia è data dalle stenosi od ostruzioni del cistico.

Nelle pancreatiti complicate da infezione delle vie biliari i chirurgi di solito preferiscono la colecistostomia.

5ª Domanda: *Quali sono le controindicazioni alla colecistectomia?* Le principali vengono riassunte nelle tre seguenti: non sufficiente esperienza del chirurgo; o del cloroformizzatore; condizioni gravi del paziente. Alcuni chirurgi pongono come controindicazioni: l'obesità del paziente, la presenza di estese aderenze periepatiche, l'edema del legamento gastro-epatico, l'ostruzione del coledoco (*Mayo Robson*).

6ª Domanda: *Come vi regolate nei casi di empiema della cistifellea?* 33 chirurgi risposero in favore della colecistostomia; altri dicono di far prima la colecistostomia, in secondo tempo la colecistectomia.

7ª Domanda: *Qual'è la mortalità della colecistectomia paragonata a quella della colecistostomia?* 18 chirurgi hanno avuto una mortalità uguale nelle due operazioni; 21 una mortalità più elevata nelle colecistectomie (da 0,5 a 3 %).

Certo la colecistectomia è un'operazione più difficile e più grave: i pericoli sono dati dall'emorragia proveniente dall'arteria cistica, o dalla superficie cruenta del fegato; e da lesioni dell'epatico e del coledoco.

A. CHIASSERINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 dicembre 1917.

Presidenza del prof. F. DURANTE.

Prima che si svolgano le comunicazioni all'ordine del giorno, il prof. U. ARCANGELI, che ne era stato incaricato, commemora il socio ordinario prof. ACHILLE BALLORI del quale ricorda l'attività svolta nel campo scientifico e in pro degli Ospedali riuniti di Roma. Fa rilevare quanto questi si fossero avvantaggiati dalla sua gestione amministrativa e chiude col dire che la sua memoria sopravviverà onorata dai colleghi e specie dai medici ospedalieri che di tanto sono a lui debitori: sarà benedetto da migliaia e migliaia di persone, che negli ospedali, per opera sua migliorati, trovarono e trovano conforto e salute, e l'Accademia terrà sempre a suo onore averlo annoverato tra i soci.

Lesioni aortiche nei militari.

Prof. GIOVANNI GALLI. — Presenta alcuni militari affetti da lesioni aortiche e fa rilevare che dalle statistiche compiute risulta che nel maggior numero di malati affetti da tale infermità le cause determinanti sono state la sifilide o il reumatismo articolare.

Il prof. ARCANGELI rileva quanto sia interessante lo studio del Galli, che invita a continuarlo per cercare di stabilire la differenza diagnostica tra lesioni aortiche da reumatismo e da sifilide. Fa notare come non sempre la Wassermann risponda a tale scopo. Cita i fenomeni anginosi che mancano nelle forme da reumatismo mentre esistono nella sifilide, la presenza di albumina nelle urine nelle forme sifilitiche e l'assenza in quelle reumatiche. Non discute se altre cause possano dar luogo all'insufficienza aortica; forse l'arteriosclerosi. Nota che è importantissimo in tali lesioni lo stabilire la causa sia per la prognosi che per la cura.

Il prof. CAMPANA rileva come i fatti segnalati dal Galli confermano la facilità di trovare vizi valvolari da sifilide che non escludono però che possa essere ammalato anche il miocardio. Nota come negli eredo-luetici il non trovare difetti valvolari non ci fa escludere che vi possano essere lesioni miocardiche che non si accompagnano spesso ad altro sintoma che quello di una lieve tachicardia o semplicemente a facile variazione numerica e di forza delle sistoli cardiache che egli ha visto scomparire in giovani militari, con altri segni più o meno interni di eredo lue, mediante la cura mercuriale.

Un nuovo agente infettivo della diarrea epidemica.

Dott. M. GHIRON. — Su questo argomento espone osservazioni e ricerche riportate per intero in altra parte di questo fascicolo (a pag. 317 e ss.).

Il prof. CAMPANA esprime qualche dubbio sulla specificità dell'agente.

Il prof. DE BLASI ritiene utile che l'O. invii campioni del germe isolato in vari centri ospita-

lieri dove sono ricoverati in maggior numero malati di affezioni intestinali acute. Ciò potrà chiarire se il germe isolato dal Ghiron abbia o no una diffusione anche più larga di quanto appare dalla comunicazione.

Il prof. Gosio, ricordando le sorprese che in fatto di diarree castrensi e dissenteria epidemica si sono avute in questi ultimi tempi, causa le incognite etiologiche, spiega l'interesse di tutti i contributi, che, come quello del dott. Ghiron, mirano a far la luce in un campo ancor molto scuro.

In vista del numero notevole dei casi in cui il germe fu dal relatore isolato, dell'alto titolo in cui esso potè agglutinarsi col siero dei pazienti e della forma morbosa con esso riprodotta nei conigli, l'O. pensa che ci si trovi davanti ad un microorganismo specifico: avuto però riguardo alla precarietà di molti caratteri morfologici e biologici dei microrganismi in genere e dei dissenterici in ispecie, raccomanda ulteriori studi e confronti coi germi già isolati dagli altri osservatori per poterlo classificare con sicurezza e conchiudere in modo definitivo, se, realmente, trattasi d'un batterio nuovo.

Al prof. Campana, che esprime dubbi sulle ricerche ed esperienze del Ghiron, Gosio osserva che gli studi finora fatti autorizzano a parlare di specificità, tanto più che si tratta di una diarrea infettiva ben differenziabile clinicamente dai processi volgari. Con ciò non si vuol pretendere chiuso senz'altro questo capitolo. Ma pur lasciando margine ad ogni riserva, non può disconoscersi la legittimità dell'aspirazione che fin d'ora lo studio del Ghiron sia degno del credito dei competenti.

E. Grossi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Propatie rivelatrici della tubercolosi polmonare.

P. Raymond (*Progrès méd.* e *Presse méd.*, 6 sett. 1917) richiama l'attenzione sopra un certo numero di fenomeni, l'interpretazione dei quali è molto interessante per la diagnosi precoce di tubercolosi polmonare.

1. *Sciatica.* — Può svilupparsi ad un'epoca molto variabile dall'inizio dei fenomeni polmonari, ciò che si spiegherebbe con la rapidità più o meno grande con cui i prodotti solubili diffusi raggiungono il nervo.

2. *Zona.* — L'A. ne riporta succintamente due casi.

3. *Psoriasi.* — Viene riportato il caso di un malato con eredità tubercolare, ricoverato in ospedale per una sciatica, che durava da un mese e mezzo; esso presentava altresì psoriasi diffusa. All'ascoltazione, si notava diminuzione di sonorità e qualche rantolo ai due apici posteriormente. All'esame radioscopico apice destro quasi opaco, il sinistro molto velato.

L'A. fa notare l'utilità di conoscere i fatti da lui descritti, poichè è stata l'esistenza della sciatica e della psoriasi che gli hanno dato la idea di esaminare il polmone.

4. *Eritema nodoso.* — L'A. richiama i diversi lavori sulla questione e cita un caso di tubercolosi scovato nella fase iniziale, in grazia dell'esistenza di eritema nodoso.

In tutti questi casi, sembra si tratti di una reazione del sistema nervoso ai prodotti solubili microbici, (la psoriasi si sviluppa sul territorio del nervo ed analogamente l'eritema nodoso).

Fil.

Il significato del reperto negativo dei bacilli tubercolari nello sputo.

Morris H. Kahn (*Medical Record*, 22 dicembre 1913) ha esaminato lo sputo di 82 individui a diversi stadî di malattia, in cui la diagnosi di tubercolosi polmonare è stata confermata all'autopsia. Alcuni di questi (I° gruppo) avevano lesioni miliari, e caseificate, altri (II° gruppo) avevano invece formazioni cavitarie. L'esame dello sputo, ripetuto tre volte ha dato risultati negativi nel 40 % del I° e nel 33 % del II° gruppo, ciò che dimostra che circa un terzo del numero complessivo di individui morti per tubercolosi polmonare dava, all'esame dello sputo, risultati negativi.

Con la formazione di fatti cavitarî, la probabilità di reperto positivo aumenta. Giova però osservare che sei casi, con formazioni cavitarie diedero risultati negativi anche pochi mesi prima della morte, ciò che indica quanto poco conto si debba tenere del ripetuto reperto negativo dell'esame.

In un'alta proporzione (41 su 55) i risultati positivi, sono stati tali al primo esame.

Fil.

Tubercoli miliari obsoleti nella milza.

I tubercoli nella milza si trovano comunemente nei casi di tubercolosi miliare, allo stadio acuto o subacuto. La milza può essere talvolta la sede primaria dell'infezione, nel senso che ivi il processo patologico è più notevole e porta la consecutiva disseminazione ad altre parti; sono i casi in cui le manifestazioni spleniche sono tanto evidenti da richiedere spesso l'intervento chirurgico.

Pochissimo invece si conosce sulla guarigio-

ne delle lesioni tubercolari nella milza ed è stata persino discussa la produzione di fibroblasti alla periferia del tubercolo. O. Klotz (*American Journal of the medical sciences*, giugno 1917), riferisce che il primo caso da lui osservato all'autopsia, con il tessuto splenico disseminato di noduli fibrosi gialli, suggeriva piuttosto l'idea di un'origine trombotica analogamente alla formazione di fleboliti nel plesso pampiniforme del testicolo. Uno studio istologico ulteriore ha dimostrato la vera natura della lesione, che può essere seguita da un tubercolo miliare caseoso, circondato da fibroblasti, ed in ultimo da un'area di tessuto connettivo compatto.

In una serie di 404 autopsie; l'A. ha riscontrato 172 volte le tubercolosi; in 69 casi vi era compartecipazione della milza; 40 di questi presentavano lesioni miliari guarite più o meno completamente, nello stadio di fibrosi.

In nessuno di questi casi, vi erano stati sintomi clinici di partecipazione della milza; questa non era affatto ingrandita. In 12 casi non si riscontrarono altri processi tubercolari.

La tubercolosi della milza era di origine ematogena, consecutiva a focolai nei polmoni o nelle ghiandole peribronchiali; la stessa origine avevano probabilmente i casi in cui non si riscontrarono altri focolai, che forse erano tanto piccoli da passare inosservati all'autopsia. Del resto l'origine infettiva delle fibrosi che si riscontrano nelle ghiandole peribronchiali antracotiche è difficilmente determinabile.

I tubercoli splenici guariti vengono riconosciuti solo con l'esame accurato della sezione completa dei tessuti. La loro presenza indica quanto sia frequente la batteriemia tubercolare di cui i tessuti possono completamente guarire. I diversi organi mostrano una resistenza variabile all'infezione tubercolare; fra questi probabilmente vi è la milza, che mostrerebbe un marcato antagonismo col bacillo di Koch.

ini.

Il bagno di aria compressa nella cura con lo pneumotorace.

Per giudicare del tempo in cui si può considerare completo il trattamento pneumotoracico, E. Morelli consiglia di porre il paziente in un bagno pneumatico, in modo che aumentandone la pressione si abbia colla riespansione polmonare la possibilità di studiare i rumori respiratori, e di stabilirsi se convenga ripristinare definitivamente la naturale funzione respiratoria. Durante il bagno pneumatico l'A. ha osservato, come fenomeno assai importante, la scomparsa del rantolo orale: ciò che dimostra che questo non si produrrebbe nelle caverne, ma nei piccoli bronchi chiusi dalla pressione pneumotoracica, e che si riaprono colla dilatazione polmonare A. S.

Sulla opportunità di limitare la vaccinazione antitubercolare ai soggetti che non hanno malattie tubercolari in atto.

Sivori L. (*Annali dell'Istituto Maragliano*) afferma che la reazione organica alla vaccinazione tubercolare varia secondo che si tratti di individui sani o affetti di una malattia tubercolare in atto, ed in vario grado di evoluzione. Nei sani, dopo tre mesi dalla vaccinazione, gli anticorpi dimostrabili colla deviazione del complemento prevalgono sugli antigeni, e successivamente, mentre questi diminuiscono, gli anticorpi si conservano quantitativamente elevati.

Nei tubercolosi invece, dopo circa tre mesi dalla vaccinazione, la curva degli anticorpi è parallela a quella degli antigeni: poi si ha una *reazione critica* per cui gli anticorpi si abbassano e gli antigeni continuano ad innalzarsi sempre più. Ciò può spiegarsi come un fenomeno di anafilassi dovuto al sommarsi degli antigeni preesistenti nell'organismo infetto con quelli provenienti dal focolaio vaccinico, per cui viene a turbarsi l'equilibrio tra lo stimolo determinato dalla infezione e la reazione dell'organismo. Non dovrebbero quindi essere vaccinati i soggetti con malattie tubercolari in atto, non essendo possibile, allo stato delle attuali conoscenze, determinare il potere reattivo degli organismi con infezione tubercolare. A. S.

PROFILASSI.

La profilassi antivaiuolosa nell'Esercito.

La Direzione generale di Sanità militare ha emanato recentemente una circolare, richiamando l'attenzione sulla necessità: *a*) di esercitare un'attiva vigilanza per scoprire precocemente i casi sospetti; *b*) di isolare prontamente tutti gli infermi di varicella o di morbi eruttivi afebbrili in appositi reparti.

Per la completa e rigorosa disinfezione del locale o della camerata dove il caso si è sviluppato, si consiglia di usare per il pavimento la soluzione di soda calda (al 5-10 %), per le pareti il sublimato (3 per mille) seguito, se possibile, da imbiancatura alla calce, per gli oggetti in legno o in ferro l'acido fenico al 3 per cento.

Per impedire la facile trasmissione per mezzo dell'aria è opportuno che gli oggetti da inviare alla disinfezione vengano racchiusi in sacchi impermeabili o in lenzuola bagnate, previo umettamento con soluzioni disinfettanti.

L'isolamento, per gli individui, che ebbero

contatto con il vaiuoloso, deve durare 15 giorni; si procederà poi alla disinfezione della biancheria ed al bagno generale saponato.

La circolare insiste sulle cautele da usarsi nella vaccinazione che consistono essenzialmente: 1) nella pulizia della cute con benzina o etere (evitando ogni soluzione disinfettante) lasciando evaporare completamente prima di procedere all'innesto; 2) nel praticare sempre tre innesti (anche due nella rivaccinazione) evitando il gemizio di sangue e lasciando bene essiccare il vaccino.

L'apprezzamento dell'esito va fatto fra il 5° e il 7° giorno: per i vaccinati la prima volta si deve notare una papula con alone di arrossamento, portante alla sommità una vescicola opalescente: nei rivaccinati si può anche non osservare tale vescicolo, ma se ne notano gli esiti.

È da ricordarsi infine la possibilità di esantemi vaccinali, consistenti in piccole macchie color rosso vivo, elevantisi sopra la cute, localizzata alla parte innestata o generalizzate su altre parti del corpo.

È stato disposto per la vaccinazione o rivaccinazione generale delle truppe, con particolare riguardo per quelle che debbono recarsi in zona di guerra. FIL.

DIVAGAZIONI.

Lavorucoli. — Melanconie!

Negli ultimi anni non era possibile essere medico o concorrere ad una modesta condotta senza aver dato saggio delle proprie facoltà investigatrici, che trovavano il loro esponente nelle pubblicazioni. Così lo studente, costretto dalla moda, sceglieva, nelle tesi di laurea, un argomento a grande titolo, ma spesso di miserrimo contenuto, che prospettava un tema di attualità: per studiare l'eliminazione del calcio nella dieta senza sale, ho visto questo titolo: « Il catione Ca nella dieta senza Na Cl ». Tanto per fare qualche cosa di eccezionale ricordo un compagno che faceva circolare l'urina pura nel cuore staccato di tartaruga. In quali mai condizioni fisio-patologiche l'orina pura possa invadere il circolo io chiedo ai lettori medici e non medici della rivista. Il colmo credo sia portato da una tesina di un laureando che prendeva in discussione il tema: « Esiste una innervazione dei globuli bianchi? ».

Ma il male maggiore è che tale tendenza è conservata da laureandi divenuti per obbligo di legge medici ed anche liberi docenti e professori...

Alle volte vengono affrontati argomenti futili o che non richiedono una straordinaria levatura mentale: conosciamo un lavoro sui batterî dei fichi secchi; un altro concerne i bacilli di Koch nei mozziconi di sigaro. Pur di pubblicare, alcuni autori svolgono argomenti, il cui solo titolo o provoca un riso esplosivo o fa raggrinzare la pelle del dorso come ad una freddura. In una rivista francese di anatomia patologica si trova ampiamente descritto « un raro reperto necroscopico » di un candelliere racchiuso nel sacco pericardico. Il *busillis* sta nel trovare il modo pel quale detto candelliere è penetrato nei pressi del cuore, e sulle ipotesi l'anatomo-patologo si scervella e si sbizzarrisce.

Un collega italiano ha pubblicato « il primo pacco postale di salvarsan in Italia » il cui interesse scientifico può essere grande per un impiegato postale, non per un medico. Ho letto in una rivista napoletana un lavoro, che ha anche grandi pretese poichè ne occupa più di un numero: « l'azione del tabacco sull'endoarteria del coniglio »; lo sperimentatore era riuscito a far fumare ai conigli trinciato, toscani, virginia, insomma tutta la gamma dei tabacchi e dei sigari e aveva trovato in questi animali, divenuti fumatori di professione, profonde lesioni endoarteriali solo pochi mesi dopo l'uso del tabacco. Ma un aiuto di anatomia non si è peritato di pubblicare in una seria rivista un suo metodo « per la pulitura dei vetrini », lavoro che un poco più degnamente avrebbe potuto trovare ospitalità in un giornale dell'ordine dei cuochi e camerieri...

Se poi uno è a corto di argomenti trova « un nuovo segno di emiplegia organica » fino a che si arriva al *clou* dei lavori, al vero lavoro da festival: « l'azione eupeptica dell'ala di pollo nei convalescenti di malattie infettive », opera che, nata in una casa di salute, ha però figurato in una nostra rivista, munita a dovere di colonne di numeri e di grafiche!

Tali lavori godono di una immunità scientifico-penale davvero riprovevole ed il nostro fisco, così oculato, dovrebbe tassarli se non in ragione della vacuità, in ragione della lunghezza e del peso. Vero è che nessuno li legge, ma quale danno per chi si accinge a compilare la bibliografia di un qualsiasi argomento dovere attraversare chilometri di deserto per giungere in un'oasi verde! Ed è ora che si dica: una volta tanta mania di scrivere, pur di scrivere, non esisteva, ma dopo l'invasione scientifica della *kultur* germanica nel nostro paese tutti da noi, come tutti fanno in Ger-

mania, hanno voluto fare lavori ed indagini. Ma il tedesco sotto guida di un maestro svolge con pazienza, con tenacia, un frammento di lavoro di un'opera nell'insieme colossale; da noi per la nostra indole vivace, troppo forse indipendente, si lavora da soli e l'imitazione malintesa ha portato alla produzione di una infinità di granelli e di frustoli che rendono sempre più sterminato il *caos* bibliografico.

Ebbene, io spero che questa guerra che ci libera da tanti mali tedeschi, ci libererà anche da questo male: il contagio del pubblicare. — Spero che sia terminata l'êra dei lavori da secchiaio, da festival e si accinga ad indagini solo chi abbia capacità mentale, e tenacia, e serietà scientifica per trovare nuove verità. Meglio un buon medico condotto, magari buon ciclista, che un dispeptico professorello dai vuoti lavori, vuoti come la sua testa, fino al vuoto barometrico.

U. R.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. FISHBERG. *Pulmonar Tuberculosis*. 1 vol. in-8° di pag. 639 con 91 incis. e 18 tav. — Filadelfia e Nuova York, Lea & Febiger, editori, 1916. Rilegato. Prezzo dollari 5.

Con straordinaria evidenza e con sorprendente precisione nei dettagli, il prof. Fishberg raccoglie in questa trattazione, completa ad un tempo e concisa, tutto ciò che si conosce oggi di meglio sulla patologia, sulla clinica, sulla terapia e sulla profilassi della tubercolosi polmonare.

La sua competenza gli deriva da una lunga consuetudine durata diciotto anni con i tubercolotici in una Casa di salute (Montefiore) e nell'Ospedale dei Cronici di New York.

In una serie di capitoli ordinati in modo sistematico, l'A. precisa i fatti essenziali, senza trascurare gli accessori, adottando una forma piana e semplice e corredando l'esposizione con figure dimostrative e oltremodo istruttive. Specialmente notevole è l'esposizione dei mezzi diagnostici moderni e della varia evoluzione clinica della malattia: del comportamento diverso di essa nei bambini, nei vecchi, nei colpiti da varie malattie; l'esame dei mezzi curativi, dalle cure di lavoro alla vaccinoterapia, al pneumotorace artificiale.

Questo interessante lavoro si rivolge in specie al medico pratico.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(933) Al dott. Luigi Dori, Trik Tarhuna (Libia):

Non conosciamo lavori *ad hoc* sulla medicina popolare degli arabi; ma si hanno conoscenze su quella dell'Africa del Nord in generale, specie raccolte nei libri di viaggi e nelle storie. Fra le prime consigliamo la comunicazione di A. COURTADE, *La Médecine au Sahara* (Bull. de la Soc. fr. d'histoire de la Médecine, 1913, 32); e quella di R. NEVEU, *L'état sanitaire de l'Afrique du Nord pendant l'occupation arabo-turque* (ibid., 407 e seg.).

Fra le opere storiche si veggano: R. DUSSAUD, *Les Arabes en Syrie avant l'Islam*, Paris, 1907; G. MARÇAIS, *Les Arabes en Barbarie du XI au XIV siècle*, Constantine-Paris, 1913; G. LE BON, *La civilisation des Arabes*, Paris, 1884; L. A. SEDILLÔT, *Histoire générale des Arabes*, Paris, 1877; VICTOR PIQUET, *Les civilisations de l'Afrique du Nord*, Paris, 1909; CL. HUART, *Histoire des Arabes*, Paris, 1912-13.

BIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI PARLAMENTARI.

Per gli ufficiali medici di complemento.

All'on. Bouvier il ministro della guerra, generale Alfieri, rispondeva:

« L'avanzamento degli ufficiali medici di complemento è regolato da un criterio fondamentale di singolare favore in quanto solo nel ruolo di tali ufficiali si verifica il fatto della nomina a capitano d'*emblée* in base agli anni di laurea e della promozione perfino al grado di tenente colonnello in base ai titoli accademici.

Ai migliori è inoltre accordata la possibilità di avanzamento non solo a scelta eccezionale per speciali benemerenze, ma anche a scelta ordinaria, e a tali promozioni si è proceduto fra quelli rimasti finora in zona di guerra.

Se però si tengono di mira i gradi più elevati è naturale che una certa sperequazione debba verificarsi in confronto delle armi combattenti in quanto l'aumento dei reggimenti importa la presenza di ufficiali fino al grado di colonnello delle armi stesse e tutto al più quello di capitano per i medici. E d'altra parte i vuoti fatti dalla morte sono notevoli negli alti gradi dei combattenti e insignificanti o nulli nei medici, appunto perchè la loro funzione è tutto al più di seconda linea e perciò la necessità del ripianamento con le promozioni si mantiene analoga.

Ad ogni modo il Ministero ha ben presenti le benemerenze della classe sanitaria alle armi e anche in sede di avanzamento procurerà di evitare al più presto possibile gli inconvenienti cui accenna l'onorevole interrogante dando maggior impulso all'avanzamento a scelta, che mentre premia i migliori assicura sempre meglio l'andamento dei servizi ».

Indennità di guerra agli ufficiali medici passati in servizio civile.

All'on. Brunelli il ministro della guerra, generale Alfieri, rispondeva:

« Il decreto Luogotenenziale 4 gennaio ultimo scorso, n. 6, stabilisce che le indennità di guerra spettano anche ai personali militari addetti ai Comandi, Corpi ed Uffici militari, anche territoriali, che si trovino in località appartenenti al territorio delle operazioni designate dal Comando Supremo

È, perciò, perfettamente legale il decreto ministeriale 8 giugno 1917 (Circolare 390 del *Giornale Militare*) il quale esclude, in ogni caso, la concessione delle indennità di guerra per gli ufficiali medici concessi alle Amministrazioni civili, in sostituzione dei medici civili precettati, in quanto che essi anche se prestano servizio nei comuni compresi nella zona di operazioni, non sono, però, addetti a Comandi, Corpi ed Uffici militari e quindi non si trovano nella condizione voluta dal sopraindicato decreto luogotenenziale per aver diritto alle indennità di guerra.

D'altra parte è pure da notare che detti medici, prestando un servizio di carattere puramente civile, si trovano nella stessa condizione degli impiegati addetti agli uffici civili dello Stato in zona di operazione, e, siccome nessuno di tali impiegati percepisce la indennità di guerra, non sarebbe giusto che la percepissero i detti medici ».

Indennità d'entrata in campagna ai medici chiamati alle armi.

All'on. Bussi il ministro della guerra, gen. Alfieri, rispondeva:

« Il diritto alle indennità di guerra (delle quali fa parte anche la indennità di entrata in campagna) è regolato da disposizioni comuni per i militari di tutte le armi e corpi, dalle quali risulta che tale diritto è fondato sul genere del servizio che i detti militari devono compiere o dalla località in cui devono compierlo (articolo 1 decreto luogotenenziale 4 gennaio 1917, n. 6).

È, pertanto, evidente che anche gli ufficiali medici per i quali l'onorevole interrogante si interessa potranno avere la indennità di entrata in campagna solo se, e quando, vengano a trovarsi nelle condizioni stabilite dal sopracitato decreto, mentre, in caso diverso, non possono averla, come non l'hanno nè gli altri ufficiali medici, nè gli ufficiali delle altre armi ».

Corsi universitari per militari studenti in medicina.

Ad un'interrogazione dell'on. Lombardi il ministro della guerra, gen. Alfieri, rispondeva quanto appresso:

« Per ovvie ragioni inerenti alle esigenze della guerra, l'autorità militare si è trovata nella necessità di non poter consentire agli studenti universitari delle varie facoltà chiamati alle armi di frequentare i relativi corsi.

Unica eccezione è stata fatta pei militari studenti *in medicina* in quanto, col beneficio della concessione fatta ad essi, coincideva una stretta esigenza militare, quella cioè di assicurare, con una nuova produzione di medici giovani, il rifornimento del personale sanitario per il servizio di prima linea.

Fissiamo adunque bene questo punto fondamentale, che l'amministrazione militare ha secondato l'insegnamento degli studenti in medicina per covrire una *propria* necessità e non per riguardo allo insegnamento, poichè in tal caso evidente sarebbe stata la sperequazione di trattamento fra gli studenti in medicina e quelli delle altre facoltà.

Da tale premessa fondamentale deriva evidentemente che solo in base alle proprie esigenze valutate anno per anno, l'amministrazione militare stabilisce i limiti della concessione per l'insegnamento in medicina e che non è mai a parlare di sperequazione di trattamento fra gli studenti stessi quando c'è tutta la rimanente classe degli studenti che dall'inizio della guerra è esclusa completamente dall'insegnamento.

In applicazione appunto di tali concetti nel primo anno di guerra furono ammessi ai corsi gli studenti in medicina del 6° anno, i quali, per aver frequentato regolarmente, in tempi normali, i primi cinque corsi universitari, davano pieno affidamento di poter sollecitamente conseguire la laurea in medicina e chirurgia ed ottenere di conseguenza la nomina ad ufficiale medico di complemento.

Nell'anno scolastico 1916-1917 fu provveduto alla istruzione accelerata dei giovani del 3°, 4°, 5° e 6° anno per realizzare ancora tutta la possibile produzione dei giovani medici forniti già di quella necessaria fondamentale preparazione acquisita prima della guerra, nonchè per trasformare il maggior numero di aiutanti di sanità (studenti in medicina di 4° anno) in aspiranti medici e per assicurare il fondamentale studio della anatomia agli studenti del 3°, così che sarebbero pronti per la eventuale trasformazione in aspiranti medici nel venturo anno, se la guerra durerà ancora.

Quest'anno (1917-1918) si è trovata in conflitto la *possibilità* di distrarre dalla zona di guerra gli aspiranti medici di 5° e 6° anno, con la *convenienza* di trasformarli in sottotenenti medici attraverso un corso accelerato, e l'amministrazione militare, mentre ha ravvisato la impossibilità di allontanare per cinque mesi i detti aspiranti che prestano servizio presso i battaglioni in prima linea (l'attuale situazione militare dispensa dal dare a riguardo dimostrazioni) si è altresì convinta della nessuna convenienza militare di trasformare gli aspiranti medici del 6° anno in sottotenenti medici, poichè il loro impiego è identico.

Tali ragioni sarebbero già sufficienti a rendere esauriente conto dei criteri seguiti, ma ad esse deve aggiungersi una ragione tecnico-professionale che ha anche un notevole contenuto morale e sociale, valutata in perfetta intesa col Ministero della pubblica istruzione. Tenendo presente difatti che gli attuali studenti del 5° anno di medicina si iscrissero al 2° anno nell'ottobre 1914, quando cioè il turbine della guerra aveva già invasa la coscienza della gioventù italiana, che, senza frequentare affatto il 3° anno, fruirono di un breve corso accelerato al 4° anno, si può apprezzare meglio il doveroso contegno dell'amministrazione militare nel non accentuare una sua non giustificabile necessità, creando medici per *finzione legale*.

Poichè tali in verità verrebbero ritenuti nella convinzione generale giovani forniti di un diploma pel quale la più superficiale disamina dimostra la insussistenza di preparazione e di serietà.

Ed in omaggio appunto alla onestà e serietà degli studi attraverso i quali si acquisisce il diritto di tutela sulla salute degli altri, questo Ministero, di concerto con quello della pubblica istruzione, ha esclusi anche dagli attuali corsi di 3° e 4° anno quelli studenti regolarmente iscrittivi, che fossero già forniti di un'altra laurea.

La loro iscrizione in medicina, infatti, dopo la dichiarazione di guerra lascia il fondato sospetto che sia stata determinata da ragioni contingenti e di convenienza militare dalla quale esula perciò completamente la serietà dell'intendimento professionale.

La presente risposta è data anche a nome del Ministero dell'istruzione.

Per la carta alla stampa medica.

All'on. Sanarelli il sottosegretario per l'industria, commercio e lavoro ha così risposto:

Questo Ministero ha già adottato il provvedimento invocato dall'On. interrogante di fare alle riviste di interesse generale (quali quelle mediche) un trattamento di favore per ciò che riguarda la somministrazione della carta.

Di fatti, l'art. 4 delle Norme per l'assegnazione della carta ai giornali, dà facoltà al Ministero non solo di concedere a dette riviste la carta occorrente nei limiti della disponibilità, ma altresì di accordare loro, occorrendo, una riduzione non oltre il 10 % sul prezzo di costo.

Il Ministero esaminerà con la massima benevolenza l'opportunità di accordare la riduzione di prezzo consentita dall'articolo suddetto alle riviste mediche, che siano d'interesse generale.

In quanto alla riduzione delle pagine, i vigenti decreti luogotenenziali non dànno a questo Ministero facoltà di concedere deroghe. Osservo tuttavia che col decreto del due dicembre 1917 furono escluse da riduzione le riviste che si pubblicano meno di una volta la settimana, cosicchè la maggior parte delle riviste mediche non è stata colpita dalla disposizione del decreto su riferito.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7209) *Esonero del medico condotto dal servizio militare.* — Dott. D. G. da P. — Avendo già la Commissione provinciale dato parere favorevole all'esonero, questo non può essere rifiutato pel solo fatto che per breve periodo ed in linea di pura necessità ed eccezionalità, sia stato provveduto al servizio di assistenza sanitaria civile mercè l'opera di un medico condotto di un Comune viciniore.

(7210) *Aumento dello stipendio del medico condotto.* — Dott. S. C. da C. — L'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo a favore degli impiegati comunali va fatto sullo intero stipendio che le aministrazioni comunali corrispondono ai proprii impiegati e non già, per quelli che trovansi sotto le armi, solamente sulla differenza fra quello civile e quello militare che in atto pagano.

(7211) *Ordine dei sanitarii - Iscrizione.* — Dott. G. N. da B. — È necessario iscriversi subito all'albo dell'Ordine dei sanitarii della propria Provincia, inviando regolare domanda al suo presidente.

(7213) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. I. P. da C. di F. — Noi riteniamo che nel Comune ove riceve meno di lire 4000 di stipendio abbia diritto alla indennità caro-viveri. Gli aumenti di stipendio recentemente deliberati

a favore degli impiegati civili dello Stato, sono applicabili anche agli impiegati dipendenti dai Comuni, sia pure in diversa misura, quando saranno regolarmente deliberati dai rispettivi Consigli Comunali.

(7214) *Pensioni.* — Dott. G. G. da G. S. — Il periodo utile per la pensione comincia per Lei a decorrere dal 25 febbraio 1897, non potendosi calcolare il precedente servizio prestato dal 28 gennaio 1895, giacchè agli ufficiali sanitarii, qualità che in quell'epoca Ella rivestiva, fu estesa la legge sulle pensioni in epoca molto posteriore e, cioè, nel 1904.

(7215) *Tariffa per le prestazioni medico-chirurgiche.* — Dott. G. G. da B. — In linea di massima non puossi riconoscere nella autorità comunale il diritto di fissare una tariffa per le prestazioni medico-chirurgiche, giacchè ciò facendo si viene a violare, vincolandolo a dure pastoie, il libero esercizio professionale. Però qualche volta il provvedimento è giustificato dalla suprema necessità di assicurare l'assistenza sanitaria a tutte le persone comprese nel Comune, quale che sia la rispettiva condizione economica, e ciò si avvera in ispecial modo nei Comuni ove esiste un sol medico, che cura i poveri come condottato, e gli agiati come libero esercente. Da tali considerazioni discende che l'atto compiuto da codesto Municipio potrebbe non meritare censura.

(7216) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. F. da C. — Prestando servizio presso tre diversi Comuni, in ognuno dei quali perecepisce stipendio inferiore alle lire 4500 ha diritto ad una sola indennità caro-viveri, che deve essere ripartita fra i tre Comuni, in ragione dello stipendio che rispettivamente ciascuno di essi Le corrisponde.

(7217) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbon. 3431. — Nella qualità di medico condotto e di ufficiale sanitario ha diritto ad una sola indennità caro-viveri, in misura di lire 30 mensili.

(7218) *Pagamento di prestazione.* — Dott. G. F. da P. — Sarebbe stato meglio se l'individuo cui Ella allude nel quesito fosse stato condotto in un ospedale per ricevere le prime immediate cure e per infrenare la emorragia. Ciò non fu fatto e fu, invece, chiamato il medico esercente nel Comune. Conformemente a ciò che suole operarsi in simiglianti casi, la spesa della prestazione e del materiale adoperato deve incombere a quella amministrazione che chiamò il medico e lo invitò ad eseguire la prestazione medesima, imposta da urgente necessità.

(7220) *Posizione economica di medico consorziale - Effettività del posto.* — Dott. G. T. da A. D. S. — Non avendo mai sostenuto il concorso, anche dopo due anni di continuo esercizio, non può ritenersi medico titolare della condotta. Ella serba sempre la qualità di interino e perciò, se chiamato sotto le armi, non può chiedere nè i due mesi di stipendio nè, in prosieguo, la differenza fra lo stipendio militare e quello civile. Non mantiene neanche il posto che può essere ad altri ceduto. Anche il medico interino può aspirare allo aumento dello stipendio stabilito dal D. L. 10 febbraio ultimo, n. 107.

(7221) *Carni di bassa macelleria.* — Dott. I. S. da M. B. — L'ufficiale sanitario non ha obbligo di dare il prezzo di vendita alle carni di basso macello. L'articolo 45 del Regolamento sulla vigilanza igienica degli alimenti e delle bevande del 3 agosto 1890, tassativamente prescrive che nello stesso spaccio non si possono tenere e vendere carni di buona qualità con quelle di bassa macelleria. Il Sindaco non può dare disposizioni contrarie a quelle contenute nei regolamenti in vigore e, quindi, il macellaio che venda promiscuamente carni buone e di bassa macelleria, sarebbe passibile di contravvenzione.

(7222) *Indennità caro-viveri.* — Dott. L. M. da B. C. — Se l'incarico di esercitare la seconda condotta è affatto precario e può cessare da un momento all'altro, può ben pretendere l'indennità caro-viveri che Le compete in ragione dello stipendio che percepisce per la prima condotta.

(7223) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. F. da S. M. — Anche ai medici condotti deve essere corrisposto l'aumento di stipendio stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo, quando esso sarà deliberato dal Consiglio Comunale. Se sarà mantenuta la proporzione stabilita per gli impiegati dello Stato, sullo stipendio di lire 2300 Le competerà l'aumento di lire 645.

(7224) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. S. C. da C. — Se il posto di medico condotto che temporaneamente Ella occupa è compreso nella pianta organica debitamente approvata e privo di titolare, ha diritto allo aumento stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Occorre, però, che esso sia precedentemente approvato dal Consiglio Comunale, che determinerà eziandio la decorrenza dello aumento. Se il detto Consiglio manterrà per gli impiegati comunali la proporzione stabilita per gli impiegati civili dello Stato, sullo stipendio di lire 7200 annue Le competerà l'aumento di lire 1220, e cioè lire 8420.

(7225) Indennità caro-viveri. — Dott. C. S. da M. — L'indennità caro-viveri deve essere corrisposta agli impiegati anche se di essa non fu fatto cenno nel capitolato o contratto, giacchè essa è stata tassativamente imposta da un Decreto Luogotenenziale, che deve essere, in ogni caso, osservato.

(7226) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 2643. — Nel Comune ove lo stipendio non raggiunge la somma di lire 4500 può pretendere la indennità caro-viveri. Essa non può essere ripartita fra i due Comuni giacchè uno di essi, per l'entità dello stipendio che corrisponde, non è obbligato a pagarla.

(7227) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. F. F. da C. L. — Allorchè avrà ottenuta la nomina ad ufficiale potrà ripetere dal Comune ove è titolare due mesi di stipendio ed in prosieguo la differenza fra lo stipendio civile e quello militare, e ciò in forza del D. L. del 31 agosto 1915, n. 142, e del D. L. del 15 aprile 1917, n 727.

(7228) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. A. da S. — Agli effetti della Ricchezza mobile si cumulano tutte le attività o redditi che una persona, sotto qualsiasi titolo, riceve. Giustamente, pertanto, nel

caso suo, lo stipendio si cumula con la indennità caro-viveri e su di entrambi i cespiti è colpito dalla tassa. La Ricchezza mobile si paga in ragione del 7.50 % su redditi inferiori alle lire 2000. Epperò Ella sulle lire 50 dovrebbe pagare 3.75, e sulle lire 25, 1.88, oltre l'aggio all'esattore, che varia da Comune a Comune.

(7229) *Aumento di stipendio agli impiegati comunali.* — Dott. M. P. da T .V. di P. — Che l'aumento di stipendio agli impiegati comunali debba intendersi obbligatorio come per gli impiegati dello Stato, noi deduciamo da tre gravi argomenti, e cioè:

1° Dalla materiale dizione dello articolo 8 del D. L. del 10 febbraio ultimo n. 107, che non dice che i Comuni e le Provincie sono *facultate od autorizzate* a concederlo ma si occupa solo della misura dell'aumento, che non può essere superiore a quella stabilita per gli impiegati governativi.

2° Dalla facoltà che han sempre avuto i Comuni dallo articolo 131 numero 1 della legge comunale e provinciale di deliberare e di provvedere circa gli stipendii, le indennità ed i salarii dei proprii dipendenti. Tale ufficio, che è facoltativo, riusciva inutile ribadire con altra disposizione di legge egualmente facoltativa.

3° Dallo avere il detto Decreto del 10 febbraio tracciato un intero e completo piano finanziario per quei Comuni, che non potevano sostenere il nuovo onere con le risorse ordinarie del proprio bilancio.

A nostro avviso l'articolo 8 di sopra citato, ritenendo già ammessa e fuori di discussione l'obbligatorietà della spesa, ha voluto fissarne i limiti e le modalità: i limiti, col dichiarare che l'aumento da concedersi agli impiegati comunali non potrà essere mai in misura maggiore di quella fissata per gli impiegati dello Stato; le modalità, col dichiarare che a detto aumento hanno diritto anche gli interini, che restano ferme le maggiori concessioni già deliberate dai Comuni e regolarmente approvate, e che nello stabilire la percentuale dello aumento si deve tener conto dei miglioramenti eventualmente concessi dopo il mese di maggio 1915.

L'aumento dello stipendio non si verifica, però, di diritto. Esso deve essere sempre deliberato dal Consiglio Comunale, cui spetta di determinarne la misura.

In caso di oscitanza della amministrazione municipale a provvedere ed a deliberare si può ricorrere alla autorità tutoria perchè, fatti i debiti eccitamenti, provveda, in mancanza, di ufficio.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 6609:

È molto probabile che l'esonero le venga concesso, data l'indispensabilità ed insostituibilità. Occorre però esse vengano riconosciute dalla competente Commissione Provinciale.

Al dott. R. C. da F.:

La revisione di tutti gli esoneri richiede un certo periodo di tempo dato che essi concernono tutte le 69 provincie del Regno. Quanto può concernere il suo esonero le verrà comunicato a suo tempo dal Ministero della Guerra pel tramite dell'Associazione della Croce Rossa.

All'abb. n. 1426:

Non ha diritto a nessuna indennità speciale pel fatto di avere quattro figli.

Al dott. A. B. P., Zona di guerra:

Ella è sempre sottotenente; trovasi però nelle condizioni di poter essere promosso al grado superiore, ma occorre che l'autorità da cui Ella dipende faccia pervenire al Ministero i relativi *specchi di proposta*.

Al dott. N. V. da C.:

Avendo ella sempre diritto di chiedere di passare dal ruolo territoriale a quello di complemento, si intendeva che nella sua richiesta di concorrere alla nomina ad effettivo era contenuta la richiesta di passar prima nel ruolo di complemento, dato che solo gli ufficiali di tal ruolo erano compresi nel bando di concorso. Non vi era quindi alcuna ragione di respingere la sua domanda e con tale argomentazione Ella può presentare il proprio reclamo.

Tale reclamo Ella può far pervenire subito anche se sia temporaneamente inabile per malattia.

Alla signora M. C. C. da A.:

Gli ufficiali medici prigionieri vengono realmente restituiti a scaglioni, e la famiglia può segnalare il nome del figlio prigioniero per mezzo della Commissione prigionieri di guerra della Croce Rossa (sede Piazza Montecitorio, Roma).

Però occorre tener presente che le restituzioni sono avvenute sempre con un certo riguardo al turno di permanenza in prigionia. In altri termini è stata sempre data la preferenza nelle segnalazioni a quelli che erano stati fatti prigionieri da maggior tempo, e che sono più anziani di età.

Al dott. A. R. da B.:

La sospensione dell'esonero non vuol dire che l'esonero le sia tolto. Ella ha tutti i requisiti perchè l'esonero le venga riconfermato dopo essere stato preso in esame dalla competente Commissione Provinciale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Croce Rossa Italiana.

Sono state assegnate le seguenti distinzioni ai medici della circoscrizione di Genova, per benemerenze acquistate durante la guerra: *Medaglia d'oro*: Maggiore Medico Camillo Poli; *Medaglia d'argento*: Dott. G. B. Botteri, Sampierdarena; Ten. Col. Medico Bigi Gerardo; Maggiore Medico Maragliano Vittorio; Maggiore Medico Rolando Silvio; Maggiore Medico Semeria Antonio; Maggiore Medico Smutny Francesco; Capitano Medico dalla Rosa Ciro; Capitano Medico Borlasca Ugo; Capitano Medico Fabbri Luigi; Capitano Medico Caffarena Tito; *Medaglia di bronzo*: Maggiore Medico Muzzioli Giuseppe; Capitano Medico Preve Domenico; Capitano Medico Saltini Ugo; Capitano Medico Vittorilli Pietro; Tenente Medico Ardenghi Dante.

ALBO D'ORO.

ENCOMIO SOLENNE.

Barbieri dott. Giovanni da Benevento, capitano medico di complemento ospedale da campo. — Durante il tiro dell'artiglieria nemica, dal quale veniva colpito l'ospedale, provvedeva con calma e fermezza all'assistenza ed allo sgombero dei feriti ivi ricoverati, dando esempio di serenità e coraggio dinnanzi al pericolo e dimostrando alto sentimento del dovere. — Cormons, 21 agosto 1917.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dottor GUGLIELMO FABBRI, Capo del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, ha perduto il figlio CARLO, secondo ufficiale di un piroscafo affondato dai nemici lo scorso mese.

Il giovane Fabbri è morto colpito da granata, mentre sosteneva intrepidamente con il sommergibile nemico una lotta ineguale a colpi di cannone.

NOTIZIE DIVERSE

L'opera svolta in Italia dalla Croce Rossa Americana.

È uscita una relazione sull'opera svolta durante circa due mesi in Italia dalla Croce Rossa Americana; è intitolata appunto *Seven weeks in Italy*. Questa pubblicazione, edita a Parigi dall' «Office of the Commissioner for Europe», dimostra anzitutto la saldezza dei vincoli che uniscono l'America all'Italia nella grande ora di lotta comune. Basti dire che solo quattro giorni dopo la dichiarazione di guerra degli Stati Uniti all'Austria, venti ambulanze della Croce Rossa Americana si dirigevano sulla fronte del Piave.

L'opera della C. R. A. si è subito organizzata in Italia, costituendo nelle varie regioni tanti centri di lavoro. A Roma il lavoro è stato diviso tra la C. R. A. e l'«American Relief Clearing House». Questa ha svolto la sua attività precipuamente nella città; quella nella provincia. Efficacissimo contributo hanno entrambe portato all'opera di soccorso dei profughi, fornendo loro alloggi, viveri, indumenti e danaro, e aiutando i Comitati italiani di soccorso con larghissime offerte: basti citare quella di un milione al Comitato di organizzazione civile.

Nè meno importante è l'opera d'organizzazione sanitaria di guerra svolta dalla Croce Rossa Americana al nostro fronte e nel territorio dove ha costituito unità sanitarie. È da rilevarsi poi che essa iniziò la sua opera di aiuto all'esercito combattente procurando doni ai soldati e arricchendo i posti di soccorso istituiti dalla Croce Rossa Italiana e istituendone di nuovi. Nelle principali città d'Italia ha impiantato vasti magazzini, con completo servizio di illuminazione, trasporto, vigilanza, ecc., per raccogliere tutto il materiale vario destinato ai soldati e alla popolazione. Durante la ritirata dal Friuli la C. R. A. e i Consoli americani organizzarono vasti servizi di soccorso, procurando alloggi, viveri e coperte ai profughi in ogni parte d'Italia.

La nobile istituzione si è anche preoccupata della questione generale dell'alimentazione e si è adoperata per assicurare nel miglior modo possibile l'importazione in Italia di viveri necessari.

Le «sette settimane» della Croce Rossa Americana in Italia sono dunque state altamente proficue.

Le medichesse americane sul fronte francese e italiano.

I giornali recano da Washington:

Le medichesse degli Stati Uniti hanno manifestato il loro desiderio di prestare l'opera loro nei paesi dell'Intesa.

Si stanno raccogliendo i fondi per l'invio in Europa di 2000 medichesse perfettamente istruite nella cura dei feriti e dei malati.

Alte personalità mediche militari inglesi in visita ai laboratorî scientifici della Sanità pubblica.

In uno dei decorsi giorni, il «Surgeon General» dell' Esercito inglese operante in Italia, Mr J. Newland, ed il consulente igienista dell'armata stessa, capitano medico dott. Coplans, si recarono a visitare i laboratorî scientifici della Direzione generale della Sanità Pubblica in Roma.

Nel Laboratorio Chimico, diretto dall'on. senatore Paternò, gli illustri visitatori esaminarono oltre al funzionamento della sezione per le ricerche in generale, anche gli impianti ed il funzionamento delle sezioni specialmente adibite alle ricerche sulle acque potabili, sulla panificazione ed alla lavorazione e preparazione dei disinfettanti.

Nel Laboratorio batteriologico, diretto dal prof. Gosio, si soffermarono ad esaminare in modo speciale le sezioni, istituite in occasione della guerra, per la preparazione sia dei vaccini anticolerico, antitifico e antiparatifico, sia del siero antimeningococcico, quella pel controllo dei sieri e vaccini prodotti da altri Istituti scientifici e quella, più recente, per la preparazione ed il controllo del vaccino jenneriano.

Mr Newland ed il dott. Coplans poterono constatare così la completezza dei varii impianti rispondenti alle più minute esigenze della tecnica speciale, nonchè il loro perfetto funzionamento, ed espressero al Direttore Generale della Sanità Pubblica il loro cordiale vivo compiacimento.

Per gli invalidi di guerra.

L'Opera Nazionale per gli invalidi della guerra sta costituendo, in tutti i capoluoghi di provincia del Regno, sue rappresentanze, incaricate di coadiuvarla nel nobile compito dell'assistenza degli invalidi di guerra.

Tali rappresentanze saranno affidate ai Comitati pro invalidi nelle Provincie in cui questi esistono, o sono giuridicamente riconosciuti.

Per le Provincie ove non sono sorti Comitati pro invalidi si sta costituendo, a cura dei prefetti, un Consiglio composto di sette membri, e cioè di un rappresentante dell'Amministrazione provinciale, di due invalidi della guerra, del medico provinciale, di un Ispettorato del lavoro, di

un rappresentante delle istituzioni ospitaliere della Provincia, o, in difetto, dei ricoveri per invalidi comuni e di un avvocato da designarsi dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati.

Tali rappresentanze dovranno coadiuvare l'Opera Nazionale nell'esercizio dell'assistenza e dovranno, alla lor volta, costituire Sottocomitati e delegati locali almeno in tutti i mandamenti, scegliendo di preferenza i suoi rappresentanti fra gli invalidi della guerra.

Per tal modo, l'azione dell'Opera nazionale potrà estendersi utilmente in ogni più lontano centro d'Italia e mantenere i necessari contatti con gli invalidi della guerra, i quali si volgono con fiducia all'ente costituito dallo Stato per proteggerli ed assisterli in ogni loro bisogno.

Pel Collegio-convitto di Perugia.

L'amministrazione di quest'Opera Pia comunica di aver provveduto a parecchi orfani del Friuli, e segnala le condizioni speciali in cui vengono necessariamente a trovarsi gli orfani dei sanitari profughi da paesi oltre l'antico confine, i quali non erano contribuenti nè obbligatorî nè volontari dell'Opera Pia stessa.

Per soccorrere tali casi eccezionali, presso quell'Amministrazione si è aperta una sottoscrizione, alla quale non deve mancare il più valido concorso di ogni medico italiano.

La Commemorazione del prof. Antonelli alla R. Accademia Pontaniana.

Alla R. Accademia Pontaniana di Napoli, il nuovo Accademico prof. R. Versari, direttore di quell' Istituto Anatomico, commemorò il compianto ed illustre prof. Giovanni Antonelli, che per quarant'anni è stato l'anatomico dell'Ateneo Napoletano ed ha con poderoso intelletto e con arte geniale indirizzato tante generazioni allo studio delle mediche discipline, lasciando di sè profonda impronta.

La parola calda, vibrata ed affascinante del conferenziere seppe far rivivere innanzi all'illustre Consesso la personalità del suo antico presidente in modo così palpitante e scultorio, da suscitare le più vive approvazioni degli Accademici, che, alla chiusa della orazione, fecero al nuovo collega una lusinghiera dimostrazione di stima.

In un tetro meriggio dell'ottobre scorso, mentre il nemico adoperava le armi insidiose e l'opera corruttrice, cadeva con l'occhio vivo rivolto verso la terra natia minacciata, nell'adempimento scrupoloso del suo dovere, il tenente medico dottor MEMI NARDARI, nell'età di anni 32, da Vittorio Veneto.

Riformato, volle partire egualmente, poco dopo l'inizio de la guerra, con la Croce Rossa, e prestò encomievole servizio in un Ospedaletto da campo, sull'Altipiano di Asiago. Passato nella Sanità, col grado di tenente, fu destinato ad un Reggimento di fanteria e lo seguì fino all'ottobre scorso, quando, sul Rombon, si opponeva all'invadente orda barbarica. Il 24, vista inutile la lotta umana, il nemico scaraventava una pioggia di bombe di gas asfissiante. Il posto di medicazione venne replicatamente colpito, ma il povero Memi era sempre al suo posto! Ricevuto l'ordine di ritirarsi, non volle: vi erano tanti infelici colpiti! Egli così, per salvare la vita degli altri, perdette la propria.

Sublime esempio di umile eroismo! Magnanimo carattere di fede, non nato per fare l'eroe, senza jattanza, tutto sacrificando alla voce della Patria, Egli ha saputo essere un soldato.

Aveva compiuti gli studi universitari a Padova. Fu assistente onorario del D'Ancona; poi vinse il concorso ad assistente effettivo nel Reparto Tubercolosi, diretto dal prof. Zamboni. Pubblicò interessanti lavori. Di umore allegro, schietto, arguto, seppe farsi amare da superiori ed amici. Era di quelle anime franche e nobili, che conquistano durevoli amicizie. Chi scrive queste umili parole lo sa, perchè l'amicizia, più che fraterna, con lui, datava dai primi anni del Ginnasio.

Il ricordo di Lui, di quest'anima franca e nobilmente altruistica, vada a lenire il dolore dell'angosciata madre, delle sorelle, dei tre fratelli, adempienti al fronte il loro dovere; sia di esempio e di incitamento ai colleghi.

Zona di guerra, 15 marzo 1918.

Dott. B.

Si è spento a Roma, in età di 49 anni, il prof. ADOLFO MONTUORI, preside del R. Istituto di magistero di educazione fisica e docente di fisiologia nella R. Università di Roma. Era stato aiuto dell'Albini nella cattedra di fisiologia presso l'Università di Napoli. Fu uno studioso di valore, un uomo d'azione.

P.

Al momento di andare in macchina ci giunge notizia della morte del prof. SERGIO PANSINI, illustrazione dell'Ateneo napoletano.

Profondamente costernati, ci limitiamo per ora a darne il semplice annunzio.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 14 aprile 1918 Fasc. 15.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Dermatite di probabile origine parassitaria nei raccoglitori di saggina (Sorgnum vulgare).

Nota preventiva del dott. G. HOFFER.

In un piccolo paese della pianura veneta, nei primi giorni dello scorso ottobre, vennero segnalati due casi di una malattia di dubbia diagnosi, che, senza dar luogo a fenomeni gravi, si imponeva tuttavia all'attenzione del medico per il manifestarsi di una eruzione cutanea molto estesa.

La preesistenza nel territorio del comune di una epidemia di varicella fra i bambini, fece da prima avanzare l'ipotesi che potesse trattarsi di forme attenuate ed atipiche della stessa malattia in persone adulte. L'esantema infatti simulava quello di una varicella già evoluta: senonchè ben presto si venne a conoscere che anche altri contadini della località erano colpiti da identica forma morbosa. Si accertò che ben 25 individui compresi in sette famiglie coloniche presentavano l'infezione sia in grado lieve, sia con eruzione estesa a gran parte della superficie cutanea. In relazione all'età ed al sesso i colpiti si ripartivano come segue:

Età						Totale
sotto i 10 anni		da 10 a 50 anni		oltre i 50 anni		
m.	f.	m.	f.	m.	f.	
2	3	5	7	5	3	25

La malattia era diffusa in una zona limitata di territorio, e precisamente lungo una sola strada di campagna per un tratto di qualche centinaio di metri. Le abitazioni invase, situate ai due lati della strada stessa, erano a piccola distanza le une dalle altre.

Qualcuno dei colpiti dichiarava di avere osservato i primi sintomi cutanei già da circa venti giorni innanzi, altri invece facevano risalire l'inizio della malattia ad una data più recente. L'eruzione si era manifestata in tutti gradatamente con l'aspetto di papulette o noduli rossi più o meno numerosi, ed accompagnati da arrossamento della cute circostante, sul collo, sul volto, alle avambraccia e talvolta anche sul petto, sul dorso e agli arti inferiori.

L'esantema dava prurito e bruciore assai molesti, e tali disturbi si esacerbavano specialmente durante le ore notturne per il calore del letto causando agitazioni ed insonnia. In due soli casi, e precisamente in un bambino di pochi mesi, ed in una ragazza di venti anni, insieme con esantema molto diffuso e quasi confluente, si notarono lieve malessere, cefalalgia ed elevazione della temperatura fino a 37°5: tutti gli altri ammalati non presentavano sintomi generali, ed i disturbi locali non impedivano loro di attendere agli ordinari lavori dei campi.

Le piccole papule cutanee in un ulteriore stadio del loro sviluppo presentavano talora un punto centrale più scuro, ed in fine impallidivano e si disseccavano assumendo l'aspetto di vescicole di varicella nel loro stadio finale.

Le mucose orale e faringea, nasale e congiuntivale erano integre e perfettamente normali.

La ricerca di particolari lesioni sulla cute delle mani, negli spazii interdigitali e nelle regioni radio-carpiche diede sempre risultato negativo cosicchè si potè escludere subito il sospetto che potesse trattarsi di scabbia. Le funzioni gastro-intestinali in tutti i malati si mantennero sempre regolari: infruttuose riuscirono egualmente le ricerche nei riguardi di speciali alimenti (pesci, crostacei, frutta, ecc.), o di cibi comunque avariati, che, usati da un gruppo di individui, avrebbero potuto dare origine ad un quadro sintomatico analogo. Vennero sottoposti ad esame anche gli animali domestici portatori talvolta di parassiti che possono transitoriamente divenire ospiti dell'uomo (dermatophilius penetrans, larve di hypoderma bovis, di chrysomnia macellaria ecc.), ma, anche seguendo tale direttiva, non si riuscì a scoprire la probabile causa del contagio. La particolare localizzazione dell'esantema sul volto, sul collo, sulle avambraccia ed in genere sulle parti scoperte della cute, fece pensare all'azione di qualche polvere irritante, e difatti, da concordi affermazioni dei colpiti, si venne a conoscere che in quasi tutti i casi le prime manifestazioni sulla pelle erano apparse poco dopo il lavoro di raccolta e di battitura della saggina. È noto che per eseguire tale lavoro e separare i grani di sorgo si usa battere violentemente i fusti chiomati delle piante contro una superficie curva, p. es. una botte, un mastello ecc.; in tal modo si solleva una polvere densa. Secondo quanto affermano i contadini del luogo, detta polvere ha proprietà irritanti per le mucose bronchiali, nasali e congiuntivali, produce tosse, lacrimazione, coriza e talvolta anche arrossamento della pelle nelle parti scoperte, ma tali fenomeni si dileguano rapidamente. Essi sono paragonabili alle eruzioni eritematose o vescicolose provocate dal polline di certi fiori (le primule, i gigli, le campanule, i narcisi) o da altre polveri di natura vegetale, p. es. la polvere a forma di microscopiche stelle che si distacca dalle giovani foglie del platano (Aly Belfadel), la polvere di thuia, della rhus toxicodendra e della arnica montana, ma per il loro carattere transitorio, e per l'evidente nesso etiologico tra causa ed effetto, non potevano ritenersi analoghi alle dermatiti aceiformi osservate. La persistenza e la durata dei fenomeni eruttivi, e l'insorgere di essi anche parecchio tempo dopo che aveva agito la polvere incriminata, tendevano a scemare il valore dell'ipotesi diagnostica enunciata. Il chiarissimo prof. G. B. Fiocco, eminente cultore della specialità dermatologica, invitato a visitare gli infermi, dopo aver escluso che potesse trattarsi di altre forme morbose, emise il sospetto che alla azione meccanica o chimica della polvere di saggina potesse andare associato etiologicamente un agente di natura parassitaria che avrebbe spiegato il persistere e l'estendersi della dermatosi.

Sono infatti noti l'eritema scarlattiniforme generalizzato dovuto allo spherogyna ventriculosa, parassita di una farfalla che trovasi in grande quantità nel grano, la dermatosi provocata dal pediculoides ventricosus, l'acariasi o scabbia da farina frequente specialmente nei panattieri, nei mugnai e fornai e che riconosce a suo agente patogeno il tiroglyphus farinae (D'Anna), la dermatosi dei lavoratori dei canneti della Provenza provocata da un fungo, il spirotrichum dermatodes che prospera nelle canne rimaste a lungo in luogo umido, la dermatite dei mondarisi (Mantegazza) la di cui origine è con tutta probabilità parassitaria, e la catocheilite dei mietitori o dermatite eczematoide del labbro inferiore attribuita da qualche autore alla presenza di ifomiceti patogeni nel fieno umido o fermentato.

Sebbene fosse trascorso già parecchio tempo

dalla raccolta della saggina e dall'inizio dell'infezione, si reputò utile sottoporre ad esame un campione del sorgo che trovavasi ancora raccolto nei granai, ed infatti, dopo ripetute prove, al prof. Fiocco riuscì di rivelare la presenza di qualche raro esemplare di tiroglyphus, analogo a quello della farina, ma di cui non fu possibile precisare esattamente la specie.

La ricerca del parassita nel prodotto di raschiamento dei noduletti cutanei avrebbe certamente dato risultati più certi, ma non ci fu dato eseguirla su ammalati colpiti da poco tempo dall'infezione, e d'altra parte si sa che tali parassiti occasionali della cute umana, non trovando in essa ambiente favorevole al loro sviluppo, vengono rapidamente ad esaurimento e scompaiono. Sembra lecito tuttavia in base ai reperti ottenuti, e per l'esclusione di ogni altra possibile causa, ritenere il tiroglyphus l'agente determinante della strana malattia. È probabile infine che l'azione fisico-chimica irritante della polvere del sorgo ne faciliti in modo particolare l'attecchimento. In tutti gli individui attaccati, dopo qualche lieve esacerbazione dei sintomi causata dall'estendersi dell'eruzione, la malattia andò gradatamente attenuandosi, cosicchè, anche senza alcun trattamento medicamentoso, si venne alla guarigione nel giro di tre o quattro settimane. In qualche bambino solamente si osservarono eczemi, impetigine, linfangioiti ed adeniti per complicazioni infettive dovute al grattamento. È probabile che un abbondante lavacro con acqua e sapone, fatto subito dopo l'operazione della battitura della saggina, sia sufficiente a prevenire l'infestazione da tiroglyphus: la battitura stessa potrebbe forse essere eseguita ad umido onde evitare che la polvere si sollevi. A tal proposito è bene ricordare che secondo qualche autore (Passerini) il polverio rossiccio che si accumula tra le foglie ed il fusto della pianta, specialmente nel punto dove esse si inseriscono, sarebbe prodotto dalla vegetazione di uno speciale batterio. La dermatite descritta non sembra si manifesti frequentemente tra i coltivatori di saggina; almeno i contadini del luogo anche di età avanzata non ricordavano di aver sofferto altre volte di simili disturbi. In ogni modo ho creduto opportuno renderla nota, perchè, assumendo talvolta la infestazione da tyrogliphus le parvenze di una malattia esantematica di altra natura, la sua conoscenza potrà evitare allarmi e misure ingiustificate.

CONTRIBUTI DI MEDICINA PRATICA.

OSPEDALE MILITARE DI TAPPA DI.....

Osservazioni ed esperimenti su alcuni metodi di cura rapida della scabbia

per il dott. LODOVICO TOMMASI,
Capitano medico, primo assistente alla R. Clinica dermosifilopatica di Firenze.

La cura rapida della scabbia e lo studio dei vari metodi per eseguirla hanno sempre avuto un grande interesse pratico, dato il numero grande di scabbiosi che specialmente le grandi città si trovano di dover curare, ciò che porta l'interesse di farlo col minor dispendio di danaro e di tempo e possibilmente non sottraendo gli infermi alle loro ordinarie occupazioni. È naturale che questa necessità di curare rapidamente ed economicamente gli scabbiosi si sia fatta e si faccia vieppiù sentire nell'esercito in campagna, dove oltre al lato economico, la cosa assume importanza per l'allontanamento più o meno lungo degli ammalati dalle file dei combattenti e per il maggiore o minore ingombro degli stabilimenti sanitari.

Di qui il problema di scelta del metodo migliore e più adatto alle speciali contingenze militari di luogo e di ambiente, e di qui la ricerca da parte dei medici e d'industrie farmaceutiche di metodi nuovi o di specialità medicinali che meglio corrispondano alle esigenze attuali.

Allo stato odierno la questione della cura rapida della scabbia si compendia nella ricerca *di una cura rapida non irritante*. Questa seconda qualità sopratutto costituirebbe il punto delicato del problema in opposizione al metodo classico di Hardy. Metodo questo divulgatissimo che ha al suo attivo più di un secolo (1812) di sperimentata efficacia e che con qualche modificazione di durata viene tuttora praticato alla classica *frotte* dell'Hôpital Saint-Louis a Parigi.

Nessuno ne mette in dubbio l'efficacia antiparassitaria, ma molti diffidano di usarlo per la facilità con la quale residuano dermiti provocate post-scabbiose che qualche volta sono più lunghe e noiose ad essere vinte della stessa scabbia ed obbligano a spedalizzare i pazienti.

È per questo che molte scuole, a capo delle quali quella Viennese di Hebra-Kaposi, hanno rigettato senz'altro le cure rapide e fanno la cura lenta dell'affezione parassitaria con i metodi comunemente noti che non mi fermo perciò qui ad indicare.

In tutti i modi, o per la preferenza della cura lenta o per complicanze che spesso seguono a cure rapide troppo brutali non sono rari gli ospedali dove gli scabbiosi comuni, senza contare cioè le scabbie che giungono al medico già gravemente complicate, vengono trattenuti sette, dieci e più giorni.

Ecco perchè si è sentito e si sente il bisogno, come dicevo, di una cura rapida non *irritante*.

Di metodi allo scopo ne sono stati preconizzati e vantati diversi; e poichè dei più recenti fra essi può ad alcuni non riuscire facile l'accurato controllo personale dell'efficacia, nelle contingenze attuali di guerra, così ho creduto possa interessare di conoscere il controllo da me fatto su alcuni di essi.

Lo scopo appunto di queste brevi note è di riferirne obbiettivamente l'esito.

Mi sono limitato ad esperimentare tre metodi che maggiormente mi son sembrati promettenti per la loro logica base scientifica e per gli autori che li avevano preconizzati o per l'esposizione di controlli soddisfacenti che ne aveva fatto qualche collega.

Essi sono i metodi di Elhers, quello Rossini, ed il sapone antipsoriaco Cassia.

Dirò preventivamente che le mie conclusioni sulla efficacia non sono d'accordo con quelle di alcuni AA. e me ne duole molto poichè invero avrei preferito portare un contributo positivo e non negativo in una questione così praticamente interessante per ammalati ed amministrazioni ospitaliere tanto più che l'idea di potere con alcui metodi come quello del Rossini ridurre ad una estrema semplicità la cura della scabbia avrebbe veramente sorriso a chi nelle attuali circostanze di guerra si trova a dover curare degli scabbiosi.

In qualche caso la diversità dei risultati credo sia da attribuirsi alla durata ed alla maggior insistenza nelle applicazioni adoperata da alcuni AA. che hanno così modificato i metodi. Io mi sono attenuto ad essi strettamente e le mie ricerche sono state sempre confortate da esami microscopici.

A questo proposito dirò che qualche A. nel riferire i risultati ottenuti in esperimento di controllo parla della diminuzione o scomparsa del prurito in primo tempo, e poi afferma puramente e semplicemente la guarigione del caso. Qualche volta si tratta di ammalati tenuti in osservazione invero un tempo troppo corto, tal'altra addirittura non più rivisti come succede in cure ambulatorie specialmente in popolazioni fluttuanti.

Ora è perfettamente noto che attenuare il prurito o magari provvisoriamente sopprimerlo, attenuando con ciò i fatti secondari di grattamento è cosa ben diversa che guarire la scabbia.

Il prurito è sintoma troppo subbiettivo perchè ci si possa fondare per affermare una guarigione.

Le sostanze che poi compongono i mezzi adoperati nei tre metodi sono formati da note sostanze acaricide che certamente hanno effetto sul parassita e sulla dermatosi, anzi, se adoperate a lungo, finirebbero certo per avere ragioni della malattia, ed è naturale quindi che subito l'attenuino. Ma non è quello che si cerca: a noi serve di sapere se i metodi riescano allo scopo che si propongono di *cura rapida non irritante*.

È quel che vado a dire.

Gli esperimenti che espongo hanno avuto inizio in ottobre 1916 fino a marzo 1917, e li ho eseguiti in un reparto cutanei-venerei cui ero a capo in quell'epoca e comprendono una sessantina di casi. Per una serie di circostanze inerenti alle mie occupazioni militari non mi è riuscito di pubblicarle prima, ma non mi pare che esse abbiano perduto di importanza.

Ho cominciato ad esperimentare in primo luogo il metodo di Elhers.

METODO ELHERS. — Elhers, dermatologo danese, preoccupato dal numero sempre crescente di scabbiosi che ricorrevano in ospedale, sperimentò, fra il novembre 1911 e il marzo 1912 un tipo di pomata da lui formulata nella quale era incorporata come sostanza attiva una soluzione acquosa di fegato di solfo al $33\,^1/_3$ %, e venne nella conclusione di poter con tale pomata non irritante ottenere la guarigione rapida della scabbia, sopprimendo completamente il fattore meccanico (la frotte) e senza conseguenze di dermatiti complicate.

Nel 1914 Elhers (*Nuova cura rapida e non irritante della scabbia*, in *Paris Médical*, n. 14) dava la descrizione esatta del suo metodo e dettava il modo di preparare la sua pomata, che è alquanto complicata e richiede molta esattezza.

Sarà bene per chi se ne interessa ripeterlo:

Per un kg. di pomata, si prendono:

Idrato potassico, gr. 125; acqua gr. 125.

Ottenuta la soluzione infondere subito:

Solfo sublimato commercio gr. 125 ed agitare fino a reazione compiuta.

In pratica si è visto che non occorre scaldare per ottenere la reazione, poichè la reazione stessa che si sviluppa, produce calore. Si filtra.

Si ottiene così un liquido limpido giallo arancio che è un Pentasolfuro di potassio quasi puro.

Si mescola questo liquido con lanolina anidra e vaselina bianca aa. gr. 225; aggiungere Idrossido di zinco ottenuto con la seguente reazione:

(Idrato sodico gr. 8 + acqua gr. 10) si fa agire su: (Solfato di zinco gr. 20 + acqua gr. 30); si forma: (Idrossido di zinco e solfato di sodio).

Infine aggiungere: Paraffina liquida q. b. per un kg. di pomata.

Invece di paraffina si può aggiungere anche lanolina e vaselina fino a fare gr. 1000 di pomata, ponendo attenzione alla consistenza ed alla adevività della pomata.

Questa è la pomata. La cura viene fatta eseguire da Elhers come segue.

L'ammalato fa il suo bagno di pulizia con sapone comune (non di potassio) senza spazzolamento nè speciali manovre meccaniche. Poi per 20 minuti si friziona da sè stesso con la pomata Elhers per tutto il corpo insistendo naturalmente nelle sedi di predilezione dei cunicoli scabbiosi e facendosi aiutare dall'infermiere per il dorso. Finalmente si spolvera con polvere di talco e resta così unto 24 ore.

All'indomani bagno di pulizia.

Così facendo le complicanze irritative sarebbero escluse, il prurito nella maggior parte dei casi scomparirebbe subito e la guarigione avverrebbe quasi con sicurezza.

Elhers spiega l'azione della sua pomata con questo che essendo lo zolfo incorporato nella pomata in soluzione acquosa invece che in polvere come nei comuni unguenti antiscabbiosi, esso penetrerebbe nei cunicoli ed ucciderebbe l'acaro.

Oltrechè, il solfuro di potasso trasformandosi in parte nell'interno del cunicolo in idrogeno solforato (corpo gassoso) dovrebbe dilatare e rompere i solchi meccanicamente.

Oltre l'esperienze dell'autore, di esperienze fatte all'estero da altri col metodo dell'Elhers mi è difficile parlare, poichè non può essere che incompleta la bibliografia che posso conoscere qui in zona di guerra e specialmente perchè la pubblicazione di Elhers è venuta alla luce poco prima del conflitto europeo, quando cioè gran parte dello scambio di idee e del movimento scientifico è stato interrotto.

In Italia nel fascicolo di marzo-aprile 1915, degli *Annali di medicina Navale e Coloniale*, il dott. Gherardo Bassi, capitano medico di marina, dava una larga recensione del lavoro di Elhers incoraggiando altri a fare esperienze di controllo; incoraggiamento al quale il dott. Rho, generale medico, Ispettore di sanità di marina, nan mancava di associarsi.

Infatti nel fascicolo maggio-giugno 1916, degli *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, il capitano medico di marina dott. Federico Tanganelli riferisce di aver sperimentato il metodo di Elhers negli scabbiosi inviati all'ospedale di marina di Portovenere, e di esserne completamente soddisfatto. Nota la sollecita scomparsa del prurito nei due terzi dei casi, mentre solo un terzo accusava ancora prurito.

Avrebbe avuto quattro recidive su settantacinque casi trattati.

Si noti che la degenza per questi ammalati fu in media di giornate 2, 7. L'A. sembra che giustamente abbia creduto opportuno di prolungare la cura un po' di più di quello che non prescriva Elhers.

I primi ammalati curati dal dott. Tanganelli sarebbero, se ben ricordo, rimasti degenti dopo la cura per un periodo d'osservazione di circa cinque giorni che è andato poi subito diminuendo per gli altri, periodo di osservazione che mi pare forse troppo breve per uno studio. L'A. infine non dice di aver controllato con esame microscopico le guarigioni.

Le mie esperienze, come già ho detto, non concordano nella sostanza con quelle del dottor Tanganelli. Son d'accordo che gli ammalati migliorano non solo, ma trovano subito un refrigerio per la diminuzione o cessazione del prurito anche dopo 24 ore. Riguardo alla mancanza di azioni irritanti della pomata di Elhers dirò che se essa è ben preparata con cura scrupolosa, bene incorporando (ciò che non è facile) le soluzioni acquose attive con gli eccipienti grassi, e sopratutto partendo da materie prime assolutamente pure, riesce veramente blanda e niente irritante.

Nelle esperienze che ho condotto la pomata è stata con cura speciale preparata dai farmacisti dall'ospedale di S. Osvaldo, ai quali rendo grazie, e, nella maggior parte dei casi, è riuscita molto ben tollerata — però qualche mandata (per materie prime non completamente pure) è riuscita penosa per gli ammalati che se ne dolevano anche più che col solito unguento di Helmerich.

Ma **quel che più** importa sono i risultati.

Applicando strettamente il metodo di Elhers com'egli lo suggerisce, la grandissima maggioranza dei malati non guarivano. Io ho cominciato col prendere casi che più si prestano per la evidenza delle loro caratteristiche.

Ora, trattati col metodo di Elhers, dopo 24 ore anche in coloro nei quali il prurito era ces-

sato si vedevano i solchi scabbiosi completamente integri e senza alcuna tendenza ad afflosciarsi o macerarsi, e dopo quarantotto e cinquantasei ore dalla cura qualcuno di questi cunicoli asportati ed esaminati al microscopio facevano rilevare la presenza dell'Acaro, delle sue uova e delle sue feci.

Fin qui, naturalmente, nulla di assolutamente probativo, poichè si potrebbe pensare che l'Acaro visto al microscopio potesse essere rimasto nel cunicolo semplice cadavere e che le uova viste siano sterilizzate dall'azione del medicamento ed incapaci di svilupparsi. Per ovviare all'inconveniente di simile obbiezione ho trattenuto per questa esperienza taluni infermi 7-10 e anche più giorni; in ciascuno di essi ho, a cura di Elhers ultimata, rotto con ago tutte le piccole vescicole ed elementi della scabbia, e aperti o segnati col lapis dermografico tutti i cunicoli di alcune determinate sedi. Tenendo così gli ammalati in osservazione (avendo naturalmente a cura finita cambiato completamente il corredo personale e da letto) ho sempre visto dopo un tempo più o meno lungo di astensione di cura ricomparire nuovi piccoli elementi scabbiosi, nei quali al microscopio si riscontrava l'Acaro.

In questi casi la prova è evidente; malgrado la diminuzione o cessazione del prurito — che però bisogna dire che adagio adagio riprendeva — e malgrado qualunque altro fatto negativo, credo siamo autorizzati a dichiarare che gli ammalati non guarivano e che la scabbia, attenuata per il momento dalla cura di Elhers, non era vinta.

Due soli casi lievissimi nelle loro manifestazioni, di scabbia incipiente posso ritenere essere guariti dopo quarantotto ore di cura di Elhers perchè non hanno presentato recidive.

Ho d'altra parte usata la pomata di Elhers facendo precedere bagno caldo con sapone potassico e spazzolamento come alla Hardy e ne ho ottenuto guarigioni quasi come con la Helmerich.

METODO ROSSINI. Anche prima della pubblicazione del *Policlinico* (settembre 1916, fascicolo 37, pag. 1112) avevo dato conoscenza del metodo che mi era stato gentilmente comunicato dal direttore di Sanità del ... corpo d'armata, ove allora prestavo servizio, col consiglio di sperimentarlo essendo già esso in prova nell'ospedale di tappa di....

Così come allora mi venne comunicato, il metodo era un po' diverso nei tempi di applicazione da quello che fu poi pubblicato. Le soluzioni di iposolfito ed acido cloridrico erano le stesse, il sistema di usarle lo stesso, solo che l'intervallo fra le applicazioni delle due soluzioni era di una sola ora, e la cura, che mi fu detta sufficiente, era di un giorno solo.

Recentemente il metodo è accennato anche sul *Notiziario per gli ufficiali medici della zona di guerra* (fascicolo di luglio). Lo riporto da esso, senz'altro, testualmente.

« 1° Soluzione di iposolfito sodico 25% in acqua bollita;

« 2° Soluzione di acido cloridrico 5 % in acqua.

« Alla sera prima di coricarsi, previo bagno di pulizia ed anche semplice saponata senza strofinazione, si pennellano le parti affette con la soluzione n. 1. Al mattino con la soluzione n. 2.

« E così di seguito per 2 o 3 giorni al massimo, a volte con un giorno d'intervallo ».

Nè nel *Policlinico*, nè sul *Notiziario* nelle brevi note che si riferiscono al metodo Rossini è data una spiegazione teorica sul meccanismo di azione del metodo stesso; che però a me pare potrebbe da questo punto di vista trovare analogia di base razionale col metodo di Elhers.

Come dicevo io ho sul principio seguito la tecnica di applicazione comunicatami dal direttore di Sanità del ... C. A. e solo più tardi mi sono uniformato come tempi di applicazioni al metodo così come è stato pubblicato.

Ho poi preferito spennellare e spugnare con le due soluzioni, non solo le parti affette ma tutto il corpo, insistendo naturalmente nelle sedi di predilezioni della scabbia. Ho ripetuto la cura per uno o per due giorni.

Ora così come io ho praticato devo con molto rincrescimento dire che il metodo non mi ha corrisposto.

Nessuno dei malati così trattati è guarito.

Il prurito quasi sempre è diminuito ma non cessato ed ha ripreso dopo alcuni giorni. La sola applicazione di soluzione cloridrica ha dato qualche bruciore passeggero senza conseguenza. Per lo studio dei casi e per l'accertamento della loro mancata guarigione, mi sono comportato identicamente a quanto ho accennato per la prova del metodo di Elhers: cioè ricercando, e ritrovando l'Acaro al microscopio in elementi nuovi comparsi dopo alcuni giorni.

Vorrei veramente nell'interesse comune di malati e medici specialmente in campagna che questi miei risultati negativi fossero da ascriversi al minor tempo in cui ho lasciato agire la soluzione di iposolfito negli ammalati curati con la prima maniera. Sarei veramente lieto che prossime prove in questo senso che mi pro-

pongo di fare abbiano risultato differente, per quanto la negatività assoluta dei primi esperimenti non mi lasci molte speranze.

Sapone antipsoriaco Cassia. — Con gli stessi metodi di accertamento ho sperimentato l'uso del « Sapone antipsoriaco Cassia », che per molti vantaggi si raccomanderebbe bene in zona di guerra.

Si tratta di un eccipiente saponoso nel quale sono incorporati solfo e carbonato potassico. La formula perciò è buona e perfettamente analoga agli unguenti antiscabbiosi solfo-alcalini di cui il più conosciuto è l'Helmerich-Hardy col vantaggio che essendo essa solida a temperatura ordinaria può avere la forma di saponetta, ciò che lo rende di più facile trasporto ed applicazione.

Le istruzioni per l'uso, accluse, sono un po' diverse nelle varie epoche di confezione del preparato specialmente per la diversità nel numero di applicazioni che si ritengono necessarie, che prima era di una sola e poi è diventata di due.

Comunque, il vantaggio dovrebbe essere quello della semplicità di applicazione, della soppressione della cura meccanica e di evitare ogni irritazione della pelle.

Secondo le prime istruzioni il sapone viene rammollito al calore e spalmato sulle parti più colpite, lasciandolo in sito.

La cura si ripete per una o due sere, poi al l'indomani si fa un bagno salato. Successivamente, forse seguendo quanto il prof. Franceschini di Vicenza aveva nella sua pubblicazione consigliato, il sapone antipsoriaco Cassia fu fornito in commercio aggiungendovi un pacchetto di polvere di solfo e talco. E l'istruzione per l'uso consiglia di adoperare il sapone non più sciogliendolo al calore secco, ma bagnandolo scarsamente in acqua calda e frizionandone il corpo in modo da lasciare sulla cute come un velo saponoso.

Questo secondo modo di applicazione è assai migliore in quanto il sapone medicamentoso resta realmente aderente, ciò che non si otteneva prima che assai difficilmente, poichè esso si staccava spesso in scaglie, in polvere o pezzi.

Io ho avuto sul principio a mia disposizione quello confezionato alla prima maniera e mi sono attenuto strettamente alle istruzioni ad esso allegate, cambiando solo quando ho avuto quello confezionato più recentemente e anche qui attenendomi alle nuove istruzioni.

Ho trattato così gli ammalati per 2 o 3 giorni e devo anche qui dichiarare che i risultati sono stati negativi.

***

Non ho sperimentato nè per il sapone antipsoriaco Cassia, nè per la pomata di Elhers un maggior tempo di applicazione.

Ho invece sperimentato sia l'uno che l'altro anteponendo alle loro applicazioni il bagno caldo con sapone alcalino e la spazzolatura come nel metodo di Hardy.

In quelle circostanze sia l'uno che l'altro mi hanno perfettamente risposto.

Dicevo che non ho creduto, espressamente, sperimentare per un tempo più lungo le applicazioni dei due preparati non solo per attenermi strettamente ai metodi così come erano stati dettati poichè erano i metodi che io intendevo provare e non le rispettive preparazioni farmaceutiche le quali, *a priori*, conoscendo la loro formula, dovevano essere utili nella cura della scabbia. Tanto più poi che prolungando le loro applicazioni si sarebbe usciti dal periodo in cui, a mio modesto avviso, si può ancora parlare di cura rapida della scabbia e si entra nel sistema della scuola viennese dalla cura prolungata tralasciando l'ausilio meccanico della rottura preventiva dei cunicoli.

A me sembra che specialmente tenendo presente la vecchia esistenza del metodo di Hardy che riduce a 2 ore la cura della scabbia, per poter ancora parlare di cura rapida non si debba oltrepassare — le 24 o 48 ore. Altrimenti si ritorna a ciò che in fondo si pratica generalmente negli ospedali anche dove non vi è pretesa di far cura rapida e ove la maggior parte degli ammalati, non complicati, può esser guarita in tre giorni — o addirittura si passa al sistema lento di Hebra-Kaposi.

Del resto la prova che io non ho fatto di perdurare ad applicare il sapone Cassia è stata fatta da altri ed il prof. Ferdinando De Napoli, ten. col. med. consulente di Armata, ne pubblica con molta precisione i risultati nel fascicolo di agosto del giornale di « Medicina Militare ». Riporto perciò i suoi risultati.

Egli divide i casi trattati in tre categorie:

1° casi leggieri: guarigioni in media in 4 giorni;

2° casi di media intensità e con molte localizzazioni: cura 10 giorni in media;

3° casi inveterati o complicati: da 6 a 15 giorni di cura.

In totale dunque la guarigione si può ottenere con cura da 4 a 15 giorni.

È con giusto paragone che il prof. De Napoli quindi fissa l'efficacia del sapone Cassia come uguale all'unguento di Helmerich con il vantaggio in più di non esser grasso e quindi meno

dispiacevole come cura e di essere inoltre di facile trasporto ed applicazione sulla pelle.

A me sembra invero una felice preparazione farmaceutica, malgrado i risultati negativi da me ottenuti applicandola così come viene consigliata nella istruzione.

Io insomma, continuando a servirmi del parallelo stabilito del prof. De Napoli, me ne servirei come una « Helmerich solida e trasportabile », adoperandolo, dirò così, all'Hardy, previa rottura meccanica dei solchi, nei casi in cui necessità o preferenza fanno desiderare una cura rapida; e con tale sistema di applicazione i miei risultati hanno perfettamente risposto come efficacia. Mentre dove necessità o scelta fanno preferire la cura lenta « *assediante* » le applicazioni Cassia non hanno nulla da invidiare a quelle di Helmerich col solo vantaggio della maggiore nettezza dell'eccipiente saponoso del facile trasporto, ecc...; e i risultati riferiti dal prof. De Napoli ci danno assicurazione della buona riuscita di tale sistema.

Ciò detto mi sieno permesse alcune considerazioni generali sull'argomento molto modeste ma utili a far intendere la questione come io la vedo.

L'Acaro della scabbia muore facilmente per l'azione di qualunque dei più comuni antiparassitari. Lo zolfo, il catrame, molte sostanze della serie aromatica, diversi balsamici, ecc..., uccidono con facilità l'Acaro.

Ma l'Acaro vive nei cunicoli che si scava nell'epidermide e dove deposita le uova; il punto scabbroso della cura rapida della scabbia è quindi proprio la distruzione del suo tunnel per rendere aggredibile il parassita e le uova ai nostri medicamenti. La cura lenta della scabbia invece e come un « assedio » che può essere mantenuto anche solo di notte basandosi sul fatto noto che l'Acaro femmina abbandona il cunicolo solo di notte e ne scava degli altri dove depone le uova.

Una cura *rapida* della scabbia deve quindi come primo e principale obbiettivo proporsi la rottura dei cuniculi.

Qualunque sia la potenza della sostanza antiparassitaria adoperata se non si aggredisce il parassita in casa sua non si potrà mai avere una cura *rapida* della scabbia — e viceversa, messo allo scoperto il parassita e le uova tutto è buono a liberare la cute dal molesto ospite.

Orbene io credo che allo stato attuale se si vuole ottenere la rottura dei solchi sollecita e completa e quindi se si vuole una cura *veramente rapida* della scabbia non si può fare a meno del fattore meccanico.

Anche gli alcali (potassa, saponi potassici) cheratolitici e maceranti possono essere un buon coadiuvante del fattore meccanico; ma da soli in dosi mediche, o non riusciranno allo scopo o avranno bisogno di troppo tempo per ottenerlo.

Elhers col suo metodo mirava appunto come capo primo ad ottenere la rottura dei solchi. Egli si basava sulla penetrazione del pentasolfuro di potassio nei cuniculi essendo esso contenuto in soluzione acquosa (incorporata all'eccipiente grasso) ed allo sviluppo di Idrogeno solforato che dovrebbe rompere i cuniculi.

Fisicamente a me sembra difficile che un liquido possa penetrare in un condotto così sottile come la galleria dell'Acaro attraverso orifici sottilissimi anche essi, senza potere qui invocare i fenomeni di capillarità per molte ragioni; tanto meno poi quando il liquido è incorporato ad un grasso che, se trattiene per più tempo il soluto acquoso a contatto della pelle pure protegge col suo menisco i piccoli fori di ingresso.

Se il liquido non penetra cade anche la possibilità della rottura dei solchi per distensione da gas che si potrebbero sviluppare dalla trasformazione del pentasolfuro in Idrogeno solforato. I risultati pratici che ho ottenuto confermerebbero queste previsioni teoriche.

Detto così della necessità dell'intervento meccanico mi sia permesso accennare come a me sembra che in generale si abbia un concetto non sempre giusto della irritazione prodotta dal coefficiente meccanico nella cura della scabbia.

Esso non è certo un intervento piacevole ma praticamente nelle cliniche e negli ospedali specializzati rarissimi sono i casi che si complicano solo per effetto della cura — e la maggior parte d'altronde delle dermatiti artificiali « post-scabbiose » *se non sono molto intense guariscono da sè, oblata causa, in pochissimo tempo.* La prima causa dell'irritazione da spazzolatura è perchè essa in genere è mal fatta. Infatti spessissimo si vedono scabbiosi con traccie di frizionamento brutale e spesso di dermatiti provocate allo sterno, alla faccia interna delle braccia o delle coscie proprio lì dove l'Acaro non alberga. Prima di tutto per non ottenere irritazioni dalla « frotte » non bisogna adoperare uno spazzolamento illogico e brutale; basta molto meno spazzolatura se come è prescritto, si fa precedere un bagno ben caldo e prolungato con sapone alcalino.

E la spazzolatura sia logica più che brutale ricercando ed aggredendo i solchi lì dove essi sono. Qualche volta una piccola frizione sotto il

controllo della vista o l'aiuto di un ago sterilizzato può riuscire rapidamente a rompere un cuniculo che uno spazzolamento generico anche forte risparmia.

Una volta così ottenuta la rottura dei solchi non resta che l'imbarazzo della scelta fra le sostanze acaricide.

Preferibile per il loro costo ed azione sono i preparati allo solfo, l'unguento di Helmerich è conosciutissimo, e fuori discussione. Quello nuovo di Elhers è buono ma costa troppo ed è di difficile preparazione. Anche il sapone Cassia solfo alcalino riesce bene allo scopo ed è raccomandabile specialmente a chi si sposta di frequente.

Ed a proposito appunto della cura della scabbia nei militari in campagna dirò, per finire, come invero se interessa che la cura sia rapida, interessa ancora di più che i militari stessi restino lontano il meno possibile dai loro Corpi in linea.

Ciò si ottiene molto meglio rendendo possibile la cura degli scabbiosi il più vicino possibile alla fronte. Con ciò non faccio che condividere l'idea espressa dal prof. De Napoli nelle sue citate note, idea che si impone sempre più dato il gran numero degli scabbiosi fra i combattenti. Essi dovrebbero non essere inviati in ospedale ma presso tutti i Reparti avanzati di Bonifiche antiparassitarie, di alcune Sezioni di Sanità, di Posti di smistamento, ecc., dovunque insomma esistono degli impianti a doccia (ed ormai ne esistono molti anche molto avanzati), si potrebbe procedere alla cura rapida degli scabbiosi comuni riservando per gli ospedali specializzati le sole scabbie complicate.

Solo così evitando le successive soste di smistamenti e di tappe si otterrebbe agli effetti militari una cura veramente rapida degli scabbiosi al fronte.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. Istituto Dermatologico « Carlo Alberto » Torino.
(Direttore: prof. dott. Carlo Vignolo-Lutati).

Morte improvvisa in bambino eredo-sifilitico

pel dott. Carlo Rühl.

Il 15 dicembre 1916 si presenta V... G..., di anni 23, meccanico militarizzato, da Torino. Circa 4 mesi fa, pochissimi giorni dopo essersi sposato, s'accorse, per la presenza di un sifiloma iniziale al pene, di aver contratta la sifilide; per i suoi impegni professionali non potè curarsi regolarmente; teme di aver infettato la moglie. Presenta traccie di un sifiloma iniziale al solco, adenopatia inguinale, cervicale ed epitrocleare, un sifiloderma maculo-papuloso generale e papule mucose alle labbra.

L'8 dicembre 1916 si presenta V. R., di anni 18, da Torino, moglie del precedente. È incinta di circa tre mesi. Soffre da vario tempo di cefalea. Presenta un sifiloma iniziale gigantesco (edema indurativo) al grande labbro di sinistra, adenopatia inguinale sinistra imponente, sifiloderma maculoso, e varie papule mucose ai genitali esterni. Inauguro immediatamente una cura idrargica, a base di iniezioni di salicilato basico di mercurio, 7 centigrammi ogni 5 giorni. Dopo la seconda iniezione, siccome la paziente si lagna dei dolori che le sono causati dalle iniezioni intramuscolari, le propongo una serie di iniezioni endovenose di Disodo-Luargol (la nuova forma del Luargol) (1) ed essa acconsente.

Le inietto il 18 dicembre 1916 gr. 0,15 ed il 22 dicembre 1916 gr. 0,20 del preparato, sciolto ciascuna volta in 200 cmc. di acqua distillata. Le iniezioni sono tollerate benissimo, e non provocano alcuna reazione nè locale, nè generale. Tre giorni dopo la seconda iniezione constato che il sifiloma è diminuito in consistenza, il sifiloderma roseolico scomparso, le papule in parte scomparse ed in parte appianate e prosciugate.

La paziente, che non ha mai dimostrato di comprendere la gravità, per lei e per il frutto che porta nelle viscere, della malattia da cui è affetta, non si ripresenta più fino al 9 marzo 1917. La gravidanza decorse finora regolarmente. Il sifiloma poco per volta si riassorbì completamente. Noto invece la presenza di numerose papule mucose, di cui alcune ipertrofiche, ai genitali esterni e nella regione perianale.

Riprendo da capo la cura col Disodo-Luargol e la paziente promette di lasciarsi fare 6 iniezioni; ma dopo averne ricevuto due, rispettivamente di gr. 0.15 e di gr. 0.20, che tollerò perfettamente, non si ripresenta più fino al 20 maggio 1917.

Non accusa disturbi; è esente da manifestazioni, benchè non abbia più fatto altre cure. La gravidanza ebbe decorso regolare. Non vuol

(1) G. Pollio e G. Rühl. *Sul Luargol: il nuovo antisifilitico di Danysz.* (Riforma medica, 1916, n. 43-45).

riprendere per ora la cura perchè è prossimo il parto.

Si ripresenta il 15 giugno 1917. Ha messo al mondo il 1° giugno 1917, con parto eutocico, un bambino a termine, vivo, vitale, sano ed esente, secondo l'affermazione del medico che lo visitò dopo 2 giorni, da manifestazioni di sifilide. Il puerperio fu normale. La paziente, che asserisce di sentirsi perfettamente bene, allatta essa stessa il bambino. Constato che essa è esente da manifestazioni luetiche. Dietro mio invito ritorna all'indomani col bambino. Questo ha aspetto non solo sano ma florido; pesa 3800 gr.; lo sottopongo ad accurato esame, ma non riesco a trovare nè al tegumento cutaneo nè alle mucose alcuna manifestazione di sifilide; manca pure qualsiasi sintomo di distrofie congenite e qualsiasi stigmata di lue ereditaria, se si prescinde da un certo incurvamento delle tibie, del quale, data l'età dell'infante, è difficile stabilire se esca dai limiti fisiologici.

Rivedo madre e bambino al 2 luglio 1917: stanno entrambi bene e sono esenti da manifestazioni luetiche; il bambino è cresciuto prosperoso; non ha mai avuto, a detta della madre, un giorno di indisposizione.

Li rivedo di nuovo il 25 luglio 1917: il bambino sta benissimo, è roseo e paffuto, l'immagine della salute; la madre si sente bene, ma crede di avere di nuovo delle manifestazioni specifiche ai genitali. Difatti riscontro numerose placche mucose ai genitali esterni e nei dintorni dell'ano.

26 luglio 1917. — Iniezione endovenosa di gr. 0.20 di Disodo-Luargol (sciolti in 200 cmc. di acqua distillata), che non provoca nella paziente alcuna reazione locale o generale, nè causa alcun disturbo al bambino, che essa allatta.

2 agosto 1917. — Iniezione endovenosa di gr. 0.20 di Disodo-Luargol (in 200 cmc. H_2O distillata). L'iniezione non dà luogo ad alcuna reazione immediata, nè è causa di disturbi al poppante; ma la paziente è colta dopo 24 ore da metrorragia abbondante, che per quattro-cinque giorni si ripete ogni qualvolta essa si alza dal letto, e cessa poi spontaneamente, senza intervento di sanitari.

2 ottobre 1917. — Madre e bambino stanno bene, non mi è dato esaminare la madre; nel bambino non riscontro alcuna manifestazione luetica.

25 novembre 1917. — Il bambino è in ottime condizioni di salute, ed esente da manifestazioni specifiche. La madre ha nuovamente delle papule umide ai genitali e nei dintorni dell'ano; è decisa questa volta, a sottoporsi ad una cura energica e regolare, la inizierà fra due settimane, dovendo ora probabilmente assentarsi da Torino.

14 dicembre 1917. — Mi si presenta la madre e mi racconta che il bambino è morto, il mattino del 7 dicembre 1917 di morte improvvisa. Dall'ultima volta che io l'ho visto è stato sempre bene; durante tutta la giornata precedente la morte non ha dato alcun segno di malessere; ha poppato col solito appetito alle ore 22; ha preso una nuova poppata alle tre del mattino; si è riaddormentato; alle 8, quando essa si è alzata, lo ha trovato morto nel letto. Chiamato un medico d'urgenza, questo non potè che constatarne la morte, e non avendo trovato alcun fatto che potesse spiegarla, l'attribuì a « paralisi cardiaca ».

Occorre notare che la nonna del bambino era entrata nella camera alle 7 e non aveva notato nè udito alcunchè di anormale; ed aveva poi atteso al bucato in una camera vicina; che il bambino dormiva in una culla ampia, non munito di quei cordoni con cui in alcune località del Piemonte sogliono assicurare i bambini perchè non cadano. Resta quindi esclusa l'ipotesi che il bambino sia stato soffocato dal peso della madre durante il sonno; che sia morto in un accesso di laringospasmo, perchè è verosimile che avrebbe emesso qualche sibilo (laringospasmo o laringismo stridulo) od almeno qualche rantolo, che sarebbe stato udito se non dalla madre addormentata, probabilmente almeno dalla nonna presente e desta nella camera vicina; ed infine che sia morto per strangolamento casuale, perchè prescindendo dalla inesistenza della possibilità di una tale evenienza, il medico, che lo visitò poche ore dopo la morte, avrebbe trovato le tracce di esso strangolamento, senza contare che anche in questo caso il bambino avrebbe dovuto emettere qualche rantolo, che sarebbe stato udito dalla nonna nella camera vicina.

Si tratta dunque di morte improvvisa non preceduta da alcun disturbo rilevabile, da alcun sintomo di malattia.

Non fu fatta autopsia.

Di singolare in quanto ho esposto sin qui troviamo anzitutto il fatto, che da un padre con sifilide recente, in periodo secondario florido, e da una madre affetta pur essa da sifilide recente, in piena virulenza, ha potuto essere concepito, giungere a completo sviluppo endo-uterino, e nascere un bambino vitale, sano e affatto esente da manifestazioni sifilitiche esterne e da stigmate distrofiche o comunque riferibili a eredolue.

È vero che accanto alle sifilidi ereditarie precoci si osservano casi di sifilide ereditaria tarda, di eredolue, cioè, la quale dopo essere stata sintomaticamente silenziosa per anni, si rivela con sintomi nella seconda infanzia, nella adolescenza od anche in piena età adulta; casi, che le accurate indagini dell'epoca nostra vanno dimostrando sempre più frequenti. Ricorderò, per non citare che una pubblicazione recente, che Vignolo-Lutati (1) ne potè raccogliere in breve tempo 11 casi. È vero pure che la lue ereditaria può attraversare in perfetto silenzio, simulando quindi una perfetta immunità, tutta la vita di un individuo per manifestarsi poi con sintomi, nella seconda generazione.

(1) C. VIGNOLO-LUTATI. *Intorno ad alcune manifestazioni di sifilide ereditaria tardiva simulanti la tubercolosi.* (Il Morgagni, parte I, 1917, n. 6).

Ma d'altro canto è noto che le conseguenze della sifilide ereditaria sul feto sogliono essere tanto più gravi e più dirette quanto più recente è la sifilide del genitore o dei genitori, ed ordinariamente si suol stabilire (Finger) a questo riguardo, sia pure alquanto schematicamente, una successione di fatti morbosi tipica, in quanto si avrebbero prima aborti, poi parti prematuri di feti morti e macerati, poi parti a termine di bambini o morti o poco vitali, destinati a morire a brevissima scadenza; poi seguirebbero nascite di bambini vitali, ma affetti da manifestazioni sifilitiche o da gravi anomalie distrofiche, e solo ad una certa distanza di tempo dall'infezione del genitore o dei genitori sorgerebbe la possibilità della nascita di bambini sani. Ora da questo punto di vista, dirò così, cronologico, il bambino, di cui ci stiamo occupando, veniva a trovarsi in condizioni particolarmente sfavorevoli, perchè concepito in piena sifilide florida dei genitori.

Nè questo basta! Altro fattore sfavorevolissimo è dato per lui dalla doppia ereditarietà: paterna e materna. Difatti la prognosi più infausta per il prodotto del concepimento è data dalla sifilide di entrambi i genitori: Fournier calcola per questo caso una morbilità del 92 % ed una mortalità del 68,5 %, mentre per i casi di sifilide solo materna calcola l'84 % di morbilità ed il 60 % di mortalità, e nei casi di sola sifilide paterna il 18 % di morbilità od almeno di sintomi palesi.

Resta quindi innegabilmente singolare il caso di questo bambino che, malgrado la sifilide recente e florida di entrambi i genitori, nasce a termine, apparentemente sano, effettivamente esente da manifestazioni luetiche esterne e da stigmate eredo-luetiche, e cresce prospero fino all'età di 6 mesi circa, senza che la sifilide, da cui è logico supporlo affetto, sia mai uscita dal suo silenzio clinico. Nè parmi potersi invocare a spiegazione sufficiente del fatto le scarse cure antiluetiche subite dalla madre. Quale efficacia, invero, poteva attendersi da sole 4 iniezioni endovenose, distanziate le prime due dalle successive, di dosi deboli di Disodo-Luargol (70 centigrammi in tutto), quando per *una sola cura* si consigliano da 5 a 7 iniezioni, incominciando colla dose di 10 o di 15 centigr. e terminando con quella di 30 centigr., in modo da iniettare complessivamente da grammi 1 a 1.75 del preparato? Dico «per una sola cura» perchè io (1), convinto che, fino a quando non sarà dimostrata la possibilità di guarire in tutti i casi la sifilide col solo mercurio o coi soli arsenobenzoli, convenga usare in tutti i casi entrambi i rimedi, per aumentare in tal modo le probabilità di guarigione, ritengo necessario alternare varie cure, or coll'uno, or coll'altro rimedio. E del resto la riprova incontestabile della insufficienza delle cure subite dalla madre ci è fornita dalle frequenti recidive di manifestazioni, da essa presentate.

Ma oltre a questo fatto singolare dell'apparente immunità da sifilide del bambino, ne troviamo un altro, pure degno di menzione, e che, mentre ce ne fornisce in parte la spiegazione, ne rappresenta quasi un complemento: la morte improvvisa del bambino stesso, non preceduta, durante i suoi 6 mesi circa di vita, da alcuna indisposizione, da alcun disturbo, da alcuna malattia che la potesse lontanamente far prevedere.

Quale la causa di questa morte subitanea? In mancanza di un reperto necroscopico, dobbiamo procedere nella diagnosi per induzione. E possiamo incominciare coll'escludere tutti quegli stati morbosi, quelle malattie, che, se possono avere per epilogo un esito letale subitaneo, sogliono però palesarsi prima con qualche sintomo o con qualche accesso, che richiami l'attenzione dei famigliari o del medico: così — estraggo l'elenco da un diligentissimo studio di Valvasori (1) — le affezioni dell'apparecchio respiratorio (laringospasmo, bronchite capillare, bronco-polmonite, adenopatie tracheo-bronchiali, pleurite), le malattie infettive (scarlattina, difterite, pertosse, tifo), le malattie del tubo digerente (ascesso retrofaringeo, gastro-enterite, elmintiasi), le affezioni del sistema circolatorio, le lesioni del sistema nervoso (meningite tubercolare, tetania, convulsioni interne, morte per inibizione di Brown-Séquard), ecc.

Furono pure descritti dei casi di morte subitanea in bambini affetti da eczema; ne descrissero, per non citare che qualche autore, Gaucher, Baginsky, Hardy, Ferreira, Guaita, Canali, Triboulet, Hirschsprung, Wyss, Butte, Thomas, Galatti, Escherich, Neubauer, Bernheim, Henoch, Ashby, Feer. In siffatti casi è probabile che la morte rappresenti l'epilogo di uno stato morboso (intossicazione endogena) di cui l'eczema non era che un esponente cutaneo, a meno che l'eczema non abbia servito da porta di entrata per una infezione,

(1) C. RÜHL. *Ueber Salvarsan und Neosalvarsan, besonders ambulatorisch angewendet.* (Münchener Mediz. Wochenschrift, 1914, n. 22).

(1) P. VALVASORI. *Morti subitanee nella prima infanzia.* (Torino, 1908, Tipogr. Briscioli).

che sia poi essa la causa dell'esito letale. Ma anche da questo gruppo possiamo escludere il nostro caso, perchè il bambino non fu mai affetto da eczema.

Infine due altre possibilità rimangono da discutere: che si tratti di *mors thymica* o di morte da eredosifilide.

La *mors thymica* può non essere imprevista od almeno imprevidibile; in una parte dei casi essa colpisce bambini che presentano il cosidetto *status thymicus*: sono bene sviluppati, di regola grassi, ma anemici, pallidi e per lo più segnati dalle stigmate di una constituzione linfatica, ed alcuni di essi vengono colti, ad intermittenze, da accessi dispnoici o convulsivi. Ma anche da questo gruppo possiamo escludere il nostro caso: di questo *status thymicus*, di questa costituzione speciale, di questi accessi nulla riscontriamo nel nostro bambino.

Altre volte invece la morte timica sopraggiunge improvvisamente senza che siano mai esistite alterazioni morbose rilevabili: i bambini vengono trovati morti nel letto oppure muoiono improvvisamente mentre giocano o mentre stanno sulle braccia della nutrice. In quattro casi di morte repentina che Pott (1) ebbe occasione di osservare, i fenomeni furono sempre gli stessi: i bambini piegavano rapidamente il capo all'indietro, facevano un'inspirazione prolungata e sommessa, giravano gli occhi, il volto e le labbra diventavano cianotici, le vene del collo si gonfiavano, la colonna vertebrale si incurvava in dietro ad arco, seguivano ancora alcuni movimenti respiratorî prolungati, ma senza sibili rumorosi, poi il volto assumeva una tinta grigio-cinerea e seguiva la morte dopo uno, due minuti.

Si tratta dunque di morte silenziosa, quanto improvvisa, ed il nostro caso potrebbe essere assegnato a questo gruppo. Se non che sarebbe alquanto forzoso voler cercare una ipotetica *mors thymica*, laddove l'anamnesi ci presenta come dato di fatto una quasi certa eredosifiilide, alla quale è molto più ovvio quindi attribuire la causa della morte. Tanto più che i casi di morte improvvisa nella sifilide ereditaria non rappresentano una rarità e richiamarono già l'attenzione di vari autori, come, per non citarne che alcuni Legroux, Hüttenbrenner, Barthélemy, Gastou e sopratutto Fournier (2).

(1) L. UNGER. *Trattato delle malattie dei bambini.* Traduz. italiana di C. RÜHL e A. MUGGIA. (Torino, 1906, Ediz. Carlo Pasta).

(2) A. FOURNIER. *Syphilis et mariage*, 1880. — A. FOURNIER. *L'hérédité syphilitique*, 1891.

Il bambino eredo-sifilitico talvolta presenta, prescindendo dalle stigmate eredoluetiche, già fin dalla nascita un *habitus* speciale: è pallido, magro, macilento, colla cute a pieghe, cadenti, quasi fosse un sacco troppo capace a contenere il piccolo corpicino, l'occhio infossato, il viso con solchi profondi, dall'aspetto di un vecchietto. In siffatti casi una morte rapida non può giungere impreveduta. Una causa minima trascina bruscamente il bambino, con fulminea rapidità ad una tale denutrizione e cachessia, che il vecchio neonato — come lo chiama con frase scultoria Gastou — in qualche giorno muore. In qualche caso, questi bambini, che hanno già insita, come dice Fournier, l'inattitudine alla vita, muoiono improvvisamente in seguito ad un emorragia nasale, orale, intestinale, o per asfissia brusca, senza che siano preceduti altri sintomi premortali o speciali malattie.

Altre volte i bambini sifilitici nascono gracili, miseri di salute; ma poi per un tratto di tempo, che puo avere durata varia, paiono rimettersi, si sviluppano, si fortificano; ma d'un tratto, senza cause apparenti, declinano, deperiscono rapidamente e si spengono come per esaurimento completo ed improvviso di una vitalità predeterminatamente scarsa.

Infine vi sono bambini eredoluetici, che nascono in discrete condizioni di salute, abbastanza bene nutriti e crescono poi e si sviluppano fiorenti, finchè un bel giorno la morte li coglie in modo improvviso, istantaneo, fulmineo, senza causa apparente, senza alcun sintomo palese: « ils meurent — dice Fournier — d'un instant à l'autre, de la façon la plus inattendue, la plus inopinée, sans que parents et médecins sachent pourquoi let comment s'est produite cette mort subite ».

E questo è stato appunto il caso del bambino, che è oggetto della presente pubblicazione, nel quale la sifilide ereditaria, silenziosa per sei mesi circa di vita, ha esplicato poi improvvisamente, brutalmente, la sua attività, conducendo il soggetto subitaneamente a morte, con oscuro meccanismo patogenetico, che, in mancanza di reperto necroscopico, è vano ricercare.

Torino, gennaio 1918.

Pubblicheremo prossimamente:

Dott. LUIGI GAVAZZENI: *Su di un metodo pratico ed economico di applicazione degli apparecchi gessati per la riduzione delle fratture degli arti inferiori con l'aiuto ed il controllo della radioscopia.*

Prof. CARLO VIGNOLO-LUTATI: *Canizie precoce e psicopatie di guerra.*

DIVAGAZIONE STORICA.

Furono i marinai di Colombo i primi sifilitici europei?

(ANDREA F. DOWNIG. *The Boston Medical and Surgical Journal*).

La teoria dell'origine americana della sifilide fu avanzata per la prima volta quattro secoli fa. L'A. adopera il termine « teoria » nonostante l'opinione di quelli che sono convinti che Iwan Bioch (*Der Ursprung der Syphilis,* Jena, 1901), abbia dato una prova conclusiva che *la sifilide sia stata introdotta in Europa dai reduci marinai di Colombo;* e si ribella a questo pensiero. Dal punto di vista americano, la scoperta del nuovo continente da parte di Colombo, è il più importante e il più romantico evento della storia del mondo. Perciò nessun medico americano dovrebbe volentieri ammettere, se non è assolutamente provato, che il prezzo della scoperta sia stata la spaventosa epidemia di sifilide, che devastò l'Europa durante gli ultimi anni del secolo XV e il principio del XVI.

Il proposito di questo studio è di analizzare, alla luce dell'evidenza storica, i principali argomenti, che suppongono l'origine americana della sifilide. Il 3 agosto 1492, Colombo salpò da Palos con tre navi e una ciurma di circa 90 uomini. La sua nave più grande, la sola provvista di ponte, era la *Santa Maria,* di circa 100 tonnellate con 54 uomini; la *Pinta* e la *Nina* senza ponte, con 16 uomini ciascuna. Il 12 ottobre 1492, egli sbarcò all'isola *San Salvador* e dopo breve dimora incrociò tra le isole, parecchie delle quali visitò, Cuba inclusa, dove fu dal 28 ottobre al 12 novembre. Il 20 novembre egli fu abbandonato dalla *Pinta* sotto il comando di Martin Pinzon. Il 6 dicembre, Colombo con la *S. Maria* e la *Nina,* arrivò ad Hayti, dove il giorno di Natale la prima naufragò. Il suo armamento era ormai ridotto alla sola *Nina,* legno che si crederebbe appena adatto per una breve crociera estiva. Allo scopo di calcolare una probabile epoca di infezione, è importante notare la data dell'arrivo in Hayti, perchè questa isola è ritenuta la culla della sifilide, secondo coloro che sostengono l'origine americana.

Avendo solo la *Nina,* Colombo fu costretto a lasciare ad Hayti una colonia di 39 uomini, nel luogo chiamato *Navidad,* in onore della festa del Natale. Al suo ritorno circa un anno dopo, Colombo li trovò annientati, probabilmente assassinati dagli indigeni; indubbiamente essi non rappresentano parte alcuna nell'origine della sifilide europea. Il 4 gennaio 1493 egli salpò per la Spagna e due giorni dopo, sulla costa settentrionale di Hayti, incontrò la *Pinta,* il cui comandante si era indugiato a commerciare con gli indigeni. Nelle due navi erano circa 50 uomini, oltre i 10 indiani che venivano trasportati in Spagna. Dal 12 al 16 febbraio, essi incontrarono un terribile uragano in pieno oceano, durante il quale le navi vennero separate e si rincontrarono nel Porto di Palos. Quelli che hanno veduto un fortunale con mare grosso nella latitudine delle Azzorre, possono immaginare la posizione critica di un piccolo avariato battello di 40 tonnellate, innalzantesi sulla sommità di enormi onde e quindi immergentesi nel gorgo, con intorno le montagne di spuma più alte dell'albero maestro; la minima disattenzione al timone poteva produrre la fine certa. Debbono dunque esservi stati almeno alcuni fra i 25 uomini di bordo, capaci di fare sforzi sovrumani.

Il 15 marzo 1493, la *Nina* raggiunse Palos e Martin Pinzon con la *Pinta,* la sera del medesimo giorno entrò nel porto. Pochi giorni innanzi egli era arrivato al porto di Bayonne in Galizia. Per quel che sappiamo l'equipaggio di entrambe le navi era vivo e sano. Un indiano era morto lo stesso giorno dell'arrivo della *Nina* e due altri erano troppo malati per viaggiare oltre Palos. Nessun sostenitore dell'origine americana della sifilide, ha potuto provare che la morte o la malattia fosse dovuta a lue. Nella lettera di Colombo scritta nel febbraio 1493, datata da bordo della *Nina,* non vi è indizio di qualche strana malattia. Sulla *Nina* c'era un medico, Alonzo di Moguer, che senza dubbio avrebbe riferito la presenza del nuovo morbo fra i marinai. Se questi uomini furono infettati ad Hayti, vi fu tempo più che sufficente per l'apparire di qualche sintoma, mentre erano ancora sull'oceano. Il viaggio di ritorno in navi scoperte, con tempo burrascoso, in condizioni sanitarie orribili, avrebbe facilitato lo scoppio dei sintomi della sifilide, che a quei tempi era maligna e terribile allo stato iniziale. La descrizione di Fracastoro è di una malattia che non sfugge all'attenzione. *Animum tristitia,* spirito depresso, pallore, lassezza, ulceri schifose dei genitali, dolori alle labbra, alle tonsille, al naso; spasimi alle giunture, ossa, muscoli e nervi; emaciazione, nessun desiderio di cibo, gonfiore alle gambe e alla faccia, perdita di capelli, febbre; questi erano i primi segni in quella nuova epidemia, così che sembra impossibile che se vi furono uomini infetti nella *Pinta* o nella *Nina,* essi possano non essere stati notati dai loro compagni.

Da Palos, Colombo andò per terra a Siviglia, dove entrò trionfalmente la domenica delle Palme 1493. Egli era accompagnato da Juan Nino,

maestro e comproprietario della *Nina*, da piloti e da parecchi marinai e dai sei indiani. In quella folla di spettatori era il ventenne Las Casas, destinato ad essere poi lo storico di Colombo, maggiormente degno di fede. Dopo aver quivi trascorso parecchie settimane, a Colombo fu ordinato di aspettare la Corte in Barcellona, dove egli giunse per terra, circa la metà di aprile. Si dice che nella parata per la città egli fosse preceduto dagli indiani e dai marinai della *Nina*.

Ricorderemo che Martin Pinzon, che lo lasciò con la *Pinta*, ricevette una fredda accoglienza quando arrivò a Palos. Pinzon, che allora aveva circa 50 anni, morì tre giorni dopo il suo arrivo. La cruda riprovazione della Corte Spagnola, impedendogli di apparire in presenza dei Sovrani, si crede abbia affrettata la sua fine. Non si ha alcuna menzione dei marinai della *Pinta* e può essere che per la diserzione del loro capo e la sua morte, essi non abbiano accompagnato Colombo a Barcellona. Tutti questi fatti debbono essere raccolti per ottenere qualche dato sulle probabili sorgenti della infezione in Barcellona. E' probabile che non più di 25 marinai fossero presenti e se la maggior parte di essi era infetta, dovevano trovarsi allo stato acuto secondario. Pure di tale condizione non si ha alcun ricordo contemporaneo degno di fede, quantunque Bloch citi quello di Diaz de Isla.

Il 28 maggio 1493, Colombo lasciò Barcellona e cominciò a prepararsi per il secondo viaggio, pel quale s'imbarcò a Cadiz il 25 settembre con 17 navi e 1500 uomini. Il medico di questo viaggio fu Diego Alvarez di Siviglia, reputato per abilità e dottrina, che non solo ebbe incarico sanitario, ma anche di fare rapporti sulle piante delle Indie. In una lettera inviata in Ispagna verso la fine del 1493, non fa menzione di nuove malattie. Altrettanto si nota nella lettera di Colombo, del gennaio 1494. Di malattie v'era abbondanza, ma dovute alle fatiche del viaggio, alle scarse provviste di sale, ai biscotti ammuffiti, all'acqua e al clima: « un terzo delle persone — dice l'Alvarez — sono cadute malate negli ultimi quattro giorni, io credo sopra tutto per il disagio e le privazioni del viaggio. Altra causa è stata la variabilità del clima ».

Oltre a ciò, quantunque il giornale del secondo viaggio di Colombo sia perduto, molte informazioni furono date a Bernaldez dall'Alvarez. Al suo ritorno dal secondo viaggio, Colombo dimorò in casa del Bernaldez, che così udì la storia di quel viaggio dall'ammiraglio stesso, mentre era ancora fresco nella sua mente. Colombo gli lasciò anche delle memorie scritte, che Bernaldez adoperò nella sua *Istoria de los Reyes Catolicos*, considerata la più alta autorità su questo viaggio. In essa noi non troviamo cenno di nuove malattie.

Il 2 febbraio 1494, Antonio Torres, al comando del nono naviglio, mosse al ritorno in Ispagna. Nel luglio 1494 Margerite, tenente di Colombo, disertò dal suo posto e, usurpando tre navi, salpò alla volta di Spagna, con buon numero di disertori. Costui era stato al comando di un forte di Hayti, dove la sua condotta fu caratterizzata da ozio, furto e oltraggi alle donne. Nel giugno 1496, Colombo stesso ritornò con due navi cariche di oltre duecento passeggeri nostalgici, compagnia truce e famelica. Per il nostro scopo non occorre seguire oltre la storia di Colombo, ma questi fatti sembrano necessari a mostrare l'impossibilità di appoggiare loro la prova su cui Bloch si fonda.

Qui sarà bene ponderare le parole di John Fiske, che, parlando degli errori storici, dice: « per raggiungere la verità, non basta ottenere cenni corretti di fatti; è necessario raggruppare i cenni nella loro relazione causale e valutare il peso preciso che deve essere accordato a ciascuno nel risultato totale. Il far ciò è spesso così difficile, che mezze verità sono comunemente offerte in luogo di verità complete; e qualche volta accade che di tutte le forme di falsità nessuna è così facile a far deviare come la mezza verità ».

Il primo fatto invocato a prova è una lettera di Peter Martyr, con la data del 1488 e indirizzata a Pedro Arias Barbossa, professore di greco a Salamanca. Martyr nacque nel 1457 e morì nel 1526. Nella sua voluminosa corrispondenza egli menziona il *morbus gallicus*: « Ad Arias di Portogallo, professore di greco, salute: — Voi mi scrivete di essere improvvisamente caduto in quella particolare malattia del nostro tempo, che gli Spagnuoli chiamano *Bubas*, gli Italiani *Morbus Gallicus*, alcuni dottori *Elephantia* e alcuni con altri nomi ».

Tuttavia parecchie lettere del Martyr portano una data errata. Bernays nota che in particolare questa lettera deve avere la data sbagliata, perchè la storia dell'Università di Salamanca mostra che non vi fu cattedra di lingua greca, sino al 1508. Nel 1823 Domenico Thiene, un oppositore dell'origine americana della sifilide, menziona questa lettera e rifiuta di accettarla per la medesima ragione.

Ora se il greco non era insegnato a Salamanca prima del 1508, la lettera di Martyr deve essere stata scritta 15 anni dopo la scoperta dell'America e il suo autore se avesse saputo dell'origine americana della sifilide, a-

vrebbe indubbiamente menzionato il fatto, insieme con gli altri termini che adoperò nel commentare la malattia. La prova più calorosamente sostenuta da Bloch viene da un medico portoghese, Ruy Diaz de Isla (1462-1542), autore di due opere pubblicate nel 1539 e nel 1542. Si suppone che egli sia stato in Barcellona nel 1493, dove assistette al ricevimento di Colombo. Indi esercitò in Siviglia e poi trascorse dieci anni come medico all'ospedale *Tutti i Santi* in Lisbona. La modestia non fu la sua virtù. Egli desidera impressionarci con la sua esperienza e si dice convinto che la sifilide venne dall'isola scoperta da Colombo e che è contagiosa in modo particolare; fu presto contratta e si manifestò tosto nella flotta, nel pilota Pinzon ed in altri.

Quasi un quarto di secolo è trascorso dal ritorno dell'Ammiraglio da quel primo viaggio e pure nessun altro scrittore ha detto della presenza della malattia in quella prima ciurma. Bloch loda De Isla come abile medico, con profonda conoscenza della sifilide e della sua cura, ma cerca di scusarne l'asserzione, che la sifilide nella forma pustolare attacca i vegetali, specialmente il cavolo. Domenico Thiene (*Sulla storia dei mali venerei*, Venezia, 1823) rifiutò di accettare la prova del De Isla, perchè Girtaner mise in dubbio i fatti concernenti la vita di questo medico; e obbiettò la mancanza di testimonianze oculari per sostenere l'affermazione del Bloch concernente la presenza della malattia fra i membri dell'equipaggio.

Bloch chiama in suo aiuto lo storico Oviedo, uno di quei scolari, allora frequenti, che fin dalla prima gioventù avevano acquistato una coltura multilaterale. Egli nacque a Madrid nell'agosto 1478 e al tredicesimo anno divenne paggio dell'Infante Don Juan. Appena quindicenne, assistette al ricevimento in Barcellona per il ritorno di Colombo (1493). Dal 1497 al 1502 fu in Italia, quindi ritornò in Ispagna dove visse fino al 1514, anno in cui fece il primo viaggio nel Nuovo Mondo, ed è autore di una storia delle Indie, della quale Las Casas nota che « contiene altrettante bugie quante pagine ».

« Egli è estremamente scorretto nella narrazione del primo viaggio di Colombo — dice Irving — e inserisce molte falsità narrategli dai nemici dell'Ammiraglio ».

Oviedo nella sua storia rileva: « Io risi in molte occasioni in Italia, quando udii gli Italiani chiamarlo *morbo Franzese*, e i Francesi chiamarlo *morbo Napoletano*; veramente avrebbero entrambi indovinato il vero nome, se l'avessero chiamato *morbo delle Indie* ». Da questa affermazione siamo condotti a credere che Oviedo, scrivendo trenta o più anni dopo la scoperta dell'America, conoscesse l'origine americana della sifilide nel periodo che trascorse in Italia. Nello stesso paragrafo nota « che l'esperienza ha dimostrato che il *lignum sanctum del Guaiac* è l'unica cura per la terribile malattia della grande pustola; giacchè la misericordia divina è così grande che quando i nostri peccati provocano una punizione, Dio manda un rimedio ».

Egli conosceva numerosi fra quelli che furono nel primo e secondo viaggio di esplorazione. Fra essi troviamo Margerite, che disertò da Colombo nella seconda spedizione e ritornò nel 1494; Vincente Pinzon, col quale dice aver avuto stretta amicizia; il pilota Hernan Perez Matheos, che fu con Colombo nel primo viaggio. Egli accusa Margerite di essere sifilitico e dice che cammina così penosamente, da sospettare che sia in preda ad essa; ma soggiunge: « io non vidi le pustole ». La sua affermazione intorno a Pinzon manca di chiarezza. La questione è se Pinzon era sifilitico e se gli diede molte informazioni intorno alla malattia. In un'altra parte della sua storia dà una falsa affermazione circa il viaggio di Pinzon e di Solis al Golfo di Honduras, dicendo che partirono nell'autunno 1506, mentre è provato che questo viaggio ebbe luogo nel 1508. È opinione di molti storici che Oviedo falsificasse deliberatamente questo fatto, per denigrare l'opera di Colombo.

Bloch sostiene che la menzione di Pinzon da parte di Oviedo sia una dichiarazione esplicita che esso ebbe la pustola e che ciò si accordi con l'affermazione del De Isla; e gode che De Isla e Oviedo si accordino in questo.

Ora non sembra probabile che Oviedo, quando era ragazzo di 14 o 15 anni fosse ammesso nella confidenza di uomini come Pinzon e ne divenisse il compagno. Se questo storico conobbe, come pretende conoscere, tale malattia, avrebbe conosciuto che il *Guaiac* come rimedio specifico non ebbe successo e che la terapia mercuriale era già stata stabilita. In considerazione dei molti errori di questo storico e delle deliberate falsità, è impossibile accettare come autentica la prova che egli presenta.

Vediamo poi lo storico Las Casas (1474-1566). Nel 1502, all'età di 28 anni, egli fece il suo primo viaggio alle Indie, dove dieci anni dopo fu ordinato prete. La sua grande opera è la *Storia delle Indie* (completata nel 1561 quando l'autore aveva 87 anni), considerata d'autorità sugli argomenti concernenti i viaggi di Colombo, la pietra angolare della storia americana. Las Casas trascorse la maggior parte

della sua vita nel Nuovo Mondo, dove la sua influenza, la sua abile diplomazia, la sua intrepidezza gli diedero un tremendo potere. Bloch dice che Las Casas fece il suo primo viaggio nelle Indie nel 1498, fatto che fu poi impugnato. La sua prima visita fu nel 1502, data importante perchè a quel tempo la sifilide era largamente diffusa tra gli abitanti del Nuovo Mondo. Il passo che Bloch cita è nel quinto volume della *Historia*, scritto circa 65 anni dopo la scoperta dell'America: « Vi erano e vi sono ancora in questa isola due cose che in principio furono molto pericolose per gli Spagnoli. Una è la malattia *Las Bubas*, in Italia chiamata *morbo francese*.

« Vero è però, che essa venne da questa isola coi primi Indiani, quando Colombo ritornò con la notizia della scoperta delle Indie. Io vidi poi gli Indiani in Siviglia, ed essi debbono aver portato la malattia in Ispagna, o infettando l'aria o in qualche altro modo; oppure fu portata da alcuni Spagnoli già infetti nel primo viaggio di ritorno a Siviglia. Ciò può essere avvenuto dal 1494 al 1496. Inoltre, a quel tempo, il Re Carlo di Francia passò in Italia con una grande armata, che fu afflitta dal contagio. Per tale ragione gli Italiani credono che fosse diffusa da quei soldati e da allora la chiamarono *morbo Francese*. Io chiesi parecchie volte agli Indiani di quest'isola se tale malattia era molto antica ed essi risposero che esisteva innanzi la venuta dei primi Cristiani. Infatti l'origine era oltre la loro memoria e di ciò nessuno può dubitare. Sembra però che la Divina Provvidenza abbia provveduto per la malattia una medicina speciale nel legno di *Guaiac*. È specialmente degno di nota che tutti gli Spagnoli che non praticavano la castità furono infetti e non uno su cento fu risparmiato, se la donna era malata. Gli Indiani, uomini e donne, che posseggono il male, ne risentono lieve disturbo, non più che se avessero il vaiuolo, ma gli Spagnoli ne sono penosamente afflitti e sono in grande e continuo tormento specialmente prima che la pustola scoppi ».

Nei primi capitoli in cui Las Casas mostra così intima conoscenza dei viaggi di Colombo, non nomina la malattia in connessione con gli Indiani e i membri dell'equipaggio; egli scrisse il passo su citato molto dopo, influenzato dalla teoria, che l'infezione era portata dalle Indie. Alle sue richieste presso gli indigeni riguardo alla sifilide, non può essere data seria considerazione, perchè nè lui, nè gli indigeni ebbero cognizioni sufficienti intorno alla malattia. Bloch stesso caratterizza come indegne certe descrizioni e referenze intorno alle malattie degli organi genitali, da parte di autori antichi e medioevali, che facilmente potrebbero essere riportate alla sifilide. Di più gli Indiani con cui Las Casas parlò possono aver avuto in mente qualche altra malattia.

Las Casas arrivò nel Nuovo Mondo al tempo in cui la malattia era già stata portata dall'Europa e dovea essere impressionante pel suo carattere maligno. Inoltre Fracastoro aveva già rifiutato di accettare la teoria dell'origine americana ed aveva scritto nel suo libro *Syphilis sive Morbus Gallicus* una vivace descrizione della cura mercuriale. Se Las Casas fosse stato al corrente delle discussioni del tempo intorno a questa malattia, indubbiamente avrebbe prestato ascolto all'opinione del dotto autore.

Quantunque Bloch sia sempre pronto a citare Las Casas a conforto della sua teoria, ignora la storia del primo viaggio di Colombo, quale è riconosciuta autentica. Per esempio, egli dà il numero degli uomini del primo viaggio per 120 invece di 90; egli ammette che nei vari luoghi visitati da Colombo, non vi fu altro che oltraggio alle donne. Egli ci dice che nessuno della ciurma della *Nina* scese a terra a S. Maria delle Azzorre nel ritorno; pone la data dell'arrivo là al 15 febbraio 1493, mentre fu il 18 febbraio. Las Casas afferma che metà dell'equipaggio scese a terra per visitare una cappella e render grazie per la sua salvezza, quando furono circondati da un corpo armato di Portoghesi, che li trattenne prigionieri per 5 giorni. Bloch è così ansioso di mostrare che non vi fu alcuna possibilità per questi marinai di infettare gli abitanti delle Azzorre, del Portogallo e della Galizia, che rifiuta deliberatamente l'autorità del Las Casas. Egli desidera tener uniti i membri dell'equipaggio finchè raggiungono Barcellona, dove sostiene che una epidemia di sifilide apparve, mentre Ferdinando ed Isabella erano nella città; perciò egli raggiunge meglio il suo scopo facendogli compiere il viaggio per mare, prima da Palos a Siviglia e poi da Siviglia a Barcellona.

Seguire oltre questa falsa storia di Colombo è tempo perduto. Bloch ha fallito nell'intento di mostrare che la pustola fu portata in Europa da Colombo. Quasi un quarto di secolo passò dopo la scoperta delle Indie, prima che la teoria americana fosse avanzata e durante quel tempo i Francesi, gli Italiani e gli Spagnoli la rinfacciarono gli uni agli altri. De Isla e i suoi libri appartengono al regno del mistero; la testimonianza di Oviedo è semplicemente una babele di dissonanti scorrettezze; Las Casas non ha dato alcuna prova positiva che la pustola esistesse nell'equipaggio e che

la sua origine fosse nelle Indie. Ciò che egli dice di questa malattia non può essere interpretato come fatto storico incontestabile.

Ricordiamo che in tutta la storia del mondo non si trova una più splndida lezione di perseveranza, di coraggio e di gesta sorprendenti della storia di Cristoforo Colombo e del suo equipaggio; la serietà dei documenti rifiuta di concatenare questo evento storico con la maledizione dello *spirochete!* G. BILANCIONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

Il valore diagnostico dei vaccini gonococcici.

È nota la grande importanza che ha lo stabilire se in individui sofferenti di uretrite o che hanno superata una gonorrea il gonococco sia definitivamente scomparso dall'organismo. Anche quando accurate osservazioni cliniche e l'esame microscopico più volte ripetuto del secreto uretrale, dei fiocchi contenuti nell'urina e del liquido prostatico diano dei buoni reperti, la soluzione di tale quistione non si può affermare sicura.

Già in tempo di pace è spesso richiesta una rapida decisione sulla contagiosità degli individui, che hanno superato una gonorrea, ma la soluzione per quanto è possibile rapida e sopra tutto sicura della quistione assume una straordinaria importanza per i militari internati negli ospedali da campo. E ciò perchè mentre da una parte si ha il dovere di licenziare al più presto i soldati guariti, dall'altra si deve considerare che non è certo un vantaggio per le truppe combattenti l'aggregare loro individui, che dopo pochi giorni di strapazzo presenterebbero di nuovo sintomi di affezione gonorroica e che in conseguenza degli eccessivi sforzi corporei avrebbero a soffrire ancora peggio di prima le conseguenze dell'infezione gonococcica. E' necessario quindi adoperare un metodo che dia la prova rapida e sicura della presenza o dell'assenza dei gonococchi. A tale scopo conviene esaminare la importanza dell'iniezione diagnostica di vaccino gonococcico, sulla quale anche Asch richiamò l'attenzione alcuni anni or sono. Egli ha innanzi tutto proposto la combinazione dell'iniezione di vaccino con l'esame uretroscopico. Questo metodo è anche, secondo l'esperienza fattane, il più sicuro. Ma quando s'abbia ad esaminare una gran massa d'individui e si possa disporre solo di assistenti che non hanno una sufficiente pratica uretroscopica, ci si deve contentare per la massima parte del metodo della dimostrazione dei gonococchi nel secreto uretrale, nei fiocchi o nel prodotto della centrifugazione dell'urina, nel liquido prostatico dopo la iniezione di vaccino, e solo quando questi esami riescono dubbî ricorrere all'uretroscopia. Su alcune centinaia di gonococcici curati nell'ospedale di fortezza di Strasburgo, Asch e Adler (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 18 gennaio) potettero con la iniezione provocatoria di vaccino dimostrare la presenza di gonococchi in cento individui sofferenti di gonorrea, dei quali 58 cronici e 42 acuti.

Mentre per scopi terapeutici gli autori iniettarono piccole dosi di vaccino (1-25 milioni) perchè si è potuto dimostrare anche in molto materiale d'osservazione che l'effetto curativo delle piccole dosi è uguale a quello delle grandi, col vantaggio che si evitano spiacevoli fenomeni secondarî, per scopi diagnostici invece è consigliabile l'iniezione intramuscolare di 50-100 milioni di germi uccisi. Non è necessaria una più grande quantità di germi.

Nè danno migliori risultati le iniezioni intravenose. Tra i vaccini comunemente adoperati gli autori preferiscono la gonargina, che iniettata nei muscoli glutei, non provoca in genere notevoli disturbi.

Le iniezioni di vaccino hanno una speciale importanza diagnostica per la gonorrea cronica, nella quale per lo più si trovano nel secreto uretrale batterî non specifici o tutt'al più forme diplococciche solamente sospette. È notevole il fatto che dopo la iniezione i gonococchi appaiono in maggioranza degenerati, ossia straordinariamente grandi, rigonfii, oppure sferici ed anche molto più piccoli, il che dimostra la importanza delle forme degenerate di gonococchi per la diagnosi di blenorragia. Per lo più queste forme extracellulari ed anche qua e là intracellulari si trovano in un abbondante secreto purulento, che alcuni giorni prima era scarso e senza gonococchi o del tutto assente. Le forme degenerative constatate dagli autori sono analoghe a quelle studiate nelle culture da Herzog, che distinse microgonococchi, macrogonococchi e gonococchi giganti.

Naturalmente non è possibile che una sola iniezione di vaccino sia sempre sufficiente a mettere in evidenza gonococchi eventualmente esistenti allo stato latente, per modo che è necessario nei casi negativi ripetere l'esperimento diagnostico uno o due volte e con più alte dosi (fino a 125 milioni); e ciò specialmente quando l'uretrite esista già da molto tempo. Ad ogni

modo dopo una gonorrea acuta si può contare con sicurezza sulla azione consecutiva alla prima iniezione provocatoria. L'importanza dell'esame uretroscopico dopo avere eseguita la vaccinazione si può argomentare dal fatto che in parecchi casi, nei quali l'urina è completamente limpida e libera di qualsiasi filamento, il detto esame mette in evidenza alterazioni della mucosa uretrale, che svelano la presenza di gonococchi. In 110 individui nei quali gli autori iniettarono dosi di vaccino varianti da 15 a 200 milioni di germe si ebbe una reazione positiva per la presenza dei gonococchi in un periodo di tempo variante da uno a 9 giorni dopo l'iniezione, nella maggioranza dei casi però la reazione fu manifesta uno o due giorni dopo.

a. a.

CASISTICA.

Studio su di una forma ignorata di sifilide polmonare.

A prescindere da quelli dell'apparato respiratorio, dei malati affetti da lesioni del sistema nervoso (Leredde, *Paris médical*, n. 37, 1917), i due terzi presentano una sieroreazione positiva. La sifilide sarebbe inoltre la causa delle affezioni cardiache più frequentemente dello stesso reumatismo, e la sieroreazione è positiva in un terzo, od in un quarto dei casi di cirrosi e di nefrite cronica. La sifilide degli altri organi è del pari frequente; solo l'apparato respiratorio sembra che presenti una immunità relativa. La forma pneumonica, spesso sconosciuta, la dilatazione dei bronchi, che è dovuta abitualmente alla spirocheta, non sono comuni. Qualche caso di gangrena è ugualmente di origine sifilitica. L'autore ritiene che la sifilide polmonare non sia rara, ma che fino ad ora si ignori una delle sue forme, che è senza dubbio la più comune. A tale scopo ha ricercata la presenza della lues, con mezzi clinici e serologici, fra i soldati affetti da bronchite acuta e da congestione polmonare, enfisema, asma. Spesso riscontrò stigmate caratteristiche (segno di Argyll, ineguaglianza pupillare, ecc.) e meno frequentemente una sieroreazione positiva in malati affetti da bronchiti recidivanti, con dispnea da sforzo persistente negli intervalli. In alcuni l'esame radioscopico ha dimostrata la esistenza di uno stato enfisematoso del polmone, in assenza di sintomi clinici precisi; in altri lesioni dell'aorta e dei grossi vasi arteriosi, lesioni polmonari e vascolari, che lo studio clinico non aveva certo permesso di rilevare.

I venti malati, dei quali riferisce l'A. le storie cliniche, presentano dei caratteri comuni. Tutti sono dispnoici, dall'infanzia, o dalla adolescenza. Questa dispnea non si spiega nè con lesioni cardiache, nè con affezioni renali, e, nella maggior parte dei casi, nemmeno con le alterazioni polmonari, che rivela lo studio stetoscopico. Essa è bene inteso più forte nei malati, che presentano lesioni importanti, o nel momento delle riacutizzazioni bronchitiche. Il secondo elemento della sindrome è rappresentato dalle bronchiti frequenti, alle quali sono esposti i malati. Meno spesso sopravvengono disturbi congestivi. Parecchi fra i 20 malati erano di già, malgrado la loro giovane età, gravi enfisematosi; in alcuni lo stato enfisematoso era molto manifesto, in altri meno. L'asma, sotto forma di attacco dispnoico, sopravvenente senza causa conosciuta, è di osservazione comune, ma non è un elemento necessario della sindrome. Occorre anche rimarcare la frequenza di cefalee, di vere emicranie, di attacchi vertiginosi, di uno stato acro-asfittico delle mani in inverno: un malato soffrì di sciatica a due riprese.

L'origine sifilitica di questa sindrome sembra certa. Di 20 malati, 7 sono sifilitici con sieroreazione positiva; degli altri 13, nei quali fu negativa, alcuni sono veri sifilitici, altri sifilitici probabili. Difatti in un caso si avevano lesioni cutanee, che guarirono col trattamento, in un altro si aveva atrofia testicolare, una deviazione degli arti inferiori, con ineguaglianza pupillare, in un altro miosi, ineguaglianza delle pupille, segno di Argyll, aortite, ecc.; due soltanto non presentavano alcuna alterazione luetica, ed in questi, escludendo la origine sifilitica, la causa delle turbe polmonari e bronchiali, di cui soffrivano, resta sconosciuta.

Sarebbe a vero dire più esatto parlare di eredosifilide. Nessuno dei malati aveva antecedenti rivelanti una infezione acquisita. Nella maggior parte i disturbi polmonari rimontano alla infanzia, od alla adolescenza. Tuttavia è probabile che enfisematosi dell'età media della vita, che malati vecchi affetti da bronchiti frequenti, possano essere affetti da sifilide acquisita.

Sull'anatomia patologica di queste forme non si possono avanzare che delle ipotesi: si tratta senza dubbio di un processo di sclerosi polmonare, estendentesi ai bronchi, piccoli e medi, ciò che ne spiega la poca resistenza.

È probabile che questi malati siano esposti non solo alle bronchiti, alla congestione polmonare, con o senza edema, ma anche ad altre malattie più gravi. Parecchi autori hanno rimarcata la relativa frequenza della W. R. nei malati affetti da polmonite. L'espettorazione non presenta alcun carattere speciale. Nell'in-

tervallo degli attacchi acuti gli sputi sono il più spesso mucosi e poco abbondanti. La maggior parte dei malati non ebbero mai emottisi: alcuni tuttavia, che non sono al certo tubercolosi, hanno alcune volte emesso sputi sanguigni. Lo stato generale è molto variabile: alcuni hanno una sanità perfetta, altri sono deboli, dimagriti.

In generale il tracciato termico è turbato; esistono oscillazioni, che non si riscontrano nei sani.

È evidente che occorre pensare alla tubercolosi polmonare ogni volta che il tracciato termometrico presenta elevazioni febbrili serotine di grado notevole; occorre altresì ricercare con cura estrema la presenza, o l'assenza di tubercolosi in tutti i malati affetti dalla sindrome descritta. Nei casi, nei quali non esiste la tubercolosi, non si ha il diritto di affermare che non si manifesterà uno, due, dieci anni più tardi, ed i malati debbono essere considerati come dei predisposti all'infezione bacillare.

L'impiego dei mezzi di laboratorio, batteriologici e serologici, dal punto di vista della diagnosi, è indispensabile, potendosi ignorare l'infezione bacillare nei casi in cui lo stato generale è buono, la temperatura è presso a poco normale e la tubercolosi è al suo inizio.

Dal punto di vista terapeutico occorre notare come alcuni malati furono trattati col novarsenobenzolo, a dosi gradualmente crescenti. In principio le reazioni febbrili, che rivelano una distruzione di spirocheti e non una reazione locale di focolaio, non impediscono di elevare le dosi. Gli altri fenomeni, meningei, gastrici, intestinali, osservati nei malati, sono quelli che si riscontrano in maniera banale nei casi di sifilide antica trattati coll'arsenico, o col novarsenobenzolo. L'A. non vide mai insorgere disturbi molto seri: la progressione fu anche un poco rapida in alcuni, che potevano presentare alterazioni cardiache latenti, associate o no a lesioni aortiche, a turbe del polso, ecc. Il trattamento non fu continuato in nessun malato più di tre mesi.

L'origine sifilitica dei sintomi polmonari costringe ad applicare il trattamento antisifilitico, ed *a priori* si può ammettere che una sclerosi polmonare, di origine eredosifilitica, possa essere curabile altrettanto bene quanto una sclerosi dei cordoni posteriori, dovuta ad una sifilide acquisita: in ogni caso, anche se è impossibile la completa riparazione, è lecito sperare un arresto nello sviluppo del processo ed una azione curativa, o preventiva sulle complicanze.

P. C.

Di una nuova dermatomicosi ulcerativa.

A. Castellani (*British med. Journ.*, 7 ott. 1916) ha osservato a Malacca e nei Balcani una malattia cutanea caratterizzata da formazione di ulceri, a margini netti, ovali o tondeggianti, con un fondo rosso granulante. Talvolta si notava abbondante secrezione purulenta, croste e dei noduli a tipo di gomma. Le lesioni, non molto dolorose, sono state osservate in tutto il corpo, più scarse però alla faccia, alle palme ed alle piante. Le condizioni generali rimangono, per lungo tempo, buone. L'andamento è piuttosto lungo, e la malattia ha poca tendenza alla guarigione spontanea.

Le anzidette lesioni vengono prodotte da un fungo che è stato riconosciuto da E. Pinoy appartenente al genere Accladium (A. Castellani): esso non viene riscontrato all'esame microscopico dei prodotti di secrezione, ma solo seminando questi sopra gli adatti terreni di coltura (agar glucosato), si sviluppano delle colonie con caratteri simili a quelli del Cladosporium herbariorum.

L'inoculazione di colture nell'uomo riproduce la malattia.

La cura è semplice; basandosi sopra tutto sullo joduro di potassio somministrato a dosi di 15-16 gr., il mercurio e l'arsenico non hanno effetto sul decorso della malattia; localmente si potrà usare una medicatura al sublimato in debole soluzione: gli unguenti sono male tollerati.

I. P.

TERAPIA.

Sulla cura della scabbia nei soldati.

A complemento di quanto espone in altra parte del giornale il dottor Tommasi, riportiamo il metodo di cura suggerito da Mac Cormac e Smale (*British Medical Journal*, 22 settembre 1917) i quali rilevano che la scabbia nei soldati differisce dalla forma osservata ordinariamente nella pratica civile particolarmente per l'assenza di quei segni caratteristici che sono i cunicoli e le altre lesioni alle mani e per la grande suscettibilità alle complicanze piodermiche, che spesso mascherano l'affezione primitiva. Non è raro riscontrare forme d'impetigo, di pemfigo, di dermatiti ed anche di adenite inguinale che hanno il loro punto di partenza nella scabbia, mascherandola fino al punto da rendere talora molto difficile la diagnosi.

Occorre perciò che questa sia fatta precocemente e in ogni caso prima che si verifichino le complicanze, non solo perchè l'accertamento della infezione sia possibile, ma anche per evitare le complicanze stesse, il cui trattamento richiede un tempo molto lungo.

Nella diffusione della scabbia hanno particolare importanza i portatori senza lesioni cutanee, i cavalli e le coperte di lana. Si impone pertanto un'assidua vigilanza sui primi ed una frequente disinfezione delle seconde.

Il metodo di cura suggerito è il seguente:

Il primo giorno il paziente prende un bagno caldo. Prima della immersione si unge tutto il corpo con sapone molle e si fanno delle fregagioni sulla pelle, specialmente sulle parti affette. Quest'operazione deve durare ameno 10 minuti. Poi il paziente si immerge completamente fino al collo nell'acqua e per altri 10 minuti si frega tutto il corpo con una spazzola dura. All'uscita del bagno si rompono con un ago tutte le bolle ancora integre. Il bagno così fatto ha lo scopo di mettere allo scoperto gli acari in modo che possa subire l'azione della sostanza parassiticida.

Dopo essersi convenientemente asciugato il paziente si unge tutto il corpo con pomata di zolfo ripetendo questa unzione due volte al giorno e per tre giorni di seguito.

Infine al quarto giorno e non prima si dà un secondo bagno, mentre tutti gli indumenti del paziente sono disinfettati per prevenire le reinfezioni. Nella grande maggioranza dei casi si ha la guarigione. Ad ogni modo a titolo di precauzione nei casi dubbî può essere fatta ancora per qualche giorno un'unzione di vasellina al 2 per cento di beta-naftolo. Talora persiste il prurito, ma questo più che deporre alla persistenza della affezione va attribuito all'azione del rimedio. In qualche caso permane indefinitamente un certo grado di pigmentazione.

DR.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'etiologia dell'acne volgare.

Strickler (*Amer. Journ. med. Sciences*, ottobre 1917), premette che l'acne è spesso in rapporto con disturbi gastro-intestinali. Ketron e King hanno trovato che il 93 % di sofferenti di acne presentano disturbi gastrici ed il 70 % disturbi intestinali. Le affezioni gastriche concomitanti più comuni sono l'iperacidità, l'atonia e la ptosi, quelle intestinali sono la ptosi cecale, la ptosi del colon e le aderenze al quadrante inferiore destro.

Strickler ha ripreso questi studî in concorso di Kolmer e Schamberg ed è venuto alle seguenti conclusioni: 1. L'acne è dovuto nella grande maggioranza dei casi ad un microrganismo speciale il *bacillus acne;* 2. Questo microrganismo probabilmente è sempre presente sulla pelle di individui non sofferenti di acne, ed in quelli affetti da acne esso è attivato da speciali fattori; 3. Questi fattori attivanti sono in un certo numero di casi costituiti dal *bacterium coli* o dalle sue tossine o da tutti e due come è dimostrato dalla fissazione del complemento, ed in minore percentuale dallo stafilococco; 4. La influenza del *bacterium coli* è dimostrata dalla reazione dell'indolo, che sembra dimostrare alcune variazioni del detto bacillo negli individui sofferenti di acne in confronto di quello di soggetti normali; 5. Esistono delle forme di acne determinate dalla somministrazione di medicamenti o dall'applicazione locale di certe sostanze; 6. In un certo numero di sofferenti di acne è stato notato un aumento di volume della tiroide. Il significato esatto di questo fatto non è ben chiaro, ma va rilevato che alcuni autori ritengono che l'aumento di volume della tiroide è un indice di tossemia intestinale; 7. L'uso di cosmetici ha una certa importanza nell'agravare l'affezione; 8. Nessuna relazione pare vi sia tra l'acne e l'anafilassi alimentare; 9. Tra gli altri fattori predisponenti pare vi sia la pubertà; 10. Oltre a ciò la seborrea, l'anemia, i disordini gastrici, la nervosità e le affezioni pelviche pur non costituendo fattori essenziali hanno una importanza più o meno spiccata nell'etiologia dell'acne.

a. a.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

LEREDDE E. *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis.* Un vol. in-8° di pag. 480 circa. A. Maloine et Fils, ed., Parigi. Prezzo lire 14.

La sifilide, che con la guerra attuale ha subito una recrudescenza tanto forte, è divenuta l'oggetto di uno dei più assillanti problemi della nostra civiltà; ogni libro che tende in qualche modo ad attenuare le spaventose conseguenze è quindi sempre il benvenuto.

L'A., nella sua opera tratta prima a fondo i metodi diagnostici di laboratorio (ricerca delle spirochete, siero-reazioni, esame del liquido cerebro-spinale), mostrando poi quanto si estenda il dominio della sifilide e quale ne sia l'influenza sulla genesi di molte malattie cutanee, viscerali, del sistema nervoso, del ricambio, ecc.

Un'ampia parte del lavoro è destinata al trattamento. L'A. ritiene che oggi il mercurio goda una fiducia eccessiva ed immeritata, e dimostra, alla stregua specialmente della siero-reazione, l'efficacia degli arsenobenzoli, che consentono una cura più rapida e permettono di arrivare alla vera sterilizzazione dell'organismo sifilizzato. L'ultima parte è destinata alle questioni medico-legali, alla profilassi e ad una razionale organizzazione dei dispensari.

ini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Le ragioni e gli effetti dell'equiparazione.

Un recente decreto autorizza l'Istituto nazionale delle Assicurazioni ad emettere polizze di assicurazione sulla vita, con facoltà di anticipazione della intera somma (L. 5000) anche prima del termine fissato, e ciò per gli ufficiali delle armi combattenti che intendano riprendere l'esercizio della professione, sperimentare offerte del mercato del lavoro, completare gli studî, o comunque impiegare la propria capacità al lavoro, nell'interesse dell'economia nazionale.

Orbene, da questo giustissimo beneficio, riservato agli ufficiali delle truppe e dei reparti *combattenti*, sono *esclusi i medici*.

Anche se questi vivono la medesima vita degli ufficiali di fanteria, di artiglieria e del genio, nelle trincee e nella zona delle operazioni, non sono considerati combattenti; e non possono godere dei medesimi beneficî assegnati a questi ultimi, anche se svolgono la loro attività in quelle medesime condizioni che spesso richiedono il sacrificio della vita!

Nessun riguardo, nessun riconoscimento di diritti a questi ufficiali, che più per ragione della loro professione che della loro età, vivono la stessa vita, le stesse ansie, gli stessi dolori ed orrori delle truppe in prima linea.

Per essi il paese non si ritiene vincolato da nessun debito di gratitudine; essi, dopo la guerra, come gli altri se non più degli altri, non avranno bisogno di completare gli studî, di riordinare il proprio esercizio professionale se non di ricostituirlo *ab imis*.

Noi dobbiamo insistere perchè al corpo sanitario militare sia riconosciuto in diritto quello che è di fatto.

Abbiamo ragioni sufficienti per ottenere che il servizio sanitario sia riconosciuto *arma combattente*. E come sono sufficienti le ragioni, dobbiamo ritenere che i beneficî derivanti da tale riconoscimento siano bastevoli a farci continuare in questa giusta richiesta, in questa agitazione, alla quale tutti i colleghi debbono prendere parte.

Si tratta di beneficî che riguardano non solo lo stato presente, ma anche il decoro ed il benessere avvenire della classe.

Potrebbe sembrare inopportuno intrattenerci su argomenti di interesse particolare, mentre, col respiro sospeso, si assiste a formidabili e tragici avvenimenti, o se ne attendono altri, dai quali dipenderà la sorte dell'umanità libera e civile. Ma se anche fosse sconveniente, non possiamo rinunciare a discutere gli interessi di una classe che ha legato il suo avvenire alla guerra, per la semplice ragione che ogni indugio renderebbe troppo tardiva e intempestiva ogni nostra legittima rivendicazione.

Come è noto ai colleghi, le nostre considerazioni sulla necessità e urgenza di fare agli ufficiali medici un trattamento analogo a quello di cui godono le così dette armi combattenti, costituirono materia di una interrogazione dell'on. Sanarelli al ministro della guerra. I lettori sono stati già informati di ciò che il Ministro ha risposto per iscritto, ed avranno anche potuto rilevare che la risposta è quanto di più anodino si possa immaginare. Il che non toglie che il Ministro si sia abbandonato ad affermazioni del tutto inesatte, quando non costituiscono una irrisione, sia pure non deliberatamente voluta, per il corpo medico militare.

Ma quello che è più strano, si è che il Ministero vuol far credere che non si adotta il provvedimento di assimilare la sanità militare alle armi combattenti, perchè gli ufficiali medici godono privilegi di carriera superiori a quelli degli appartenenti alle altre armi. E qui adduce l'argomento che in ogni discussione e purtroppo anche fra colleghi viene rinfacciato ai medici: la possibilità di essere nominati ai gradi superiori in base ai proprî titoli accademici.

E si dimentica, o si trascura di dire, che questo vantaggio è il privilegio di pochi, e che esso infine già è stato abbastanza scontato. Alcuni gradi che prima della guerra presentavano un certo vantaggio e prestigio, ora, per le mutate condizioni della gerarchia e della economia generale, hanno assunto un valore molto modesto; in tali condizioni non è certo molto equo nè rispondente al vero affermare che il corpo sanitario si trovi in condizioni di privilegio di fronte alle altre armi combattenti, confondendo il trattamento fatto a pochissimi universitari con quello della generalità.

È ben vero che agli ufficiali medici di complemento, come si pratica per le armi combattenti, è stata fatta la concessione di ottenere la promozione contemporaneamente a quella degli ufficiali del corrispondente ruolo in servizio attivo permanente di eguale anzianità di grado. Ma non è men vero che una tale concessione non ha fatto altro che equiparare disgraziati a sfortunati... Tale determi-

nazione, infatti, giustissima in linea di massima, non fa altro che vincolare i medici di complemento alle non buone condizioni di carriera degli effettivi, di cui i nuovissimi raggiungono, è vero, abbastanza presto e forse anche troppo presto il grado di capitano, mentre gli anziani — ahimè quanto anziani! — raggiunto il grado di maggiore, vi rimangono indefinitamente, vi si fossilizzano senza speranza di sbocco.

Il Ministro riconosce che i limiti di anzianità per l'iscrizione sul quadro di avanzamento normale sono per i medici alquanto più arretrati, nel complesso, di quelli per le armi combattenti; ma ciò è per ragioni di organico. A queste imperiose, e non sappiamo per quali ragioni, immodificabili condizioni di organico, si deve se capitani e maggiori medici, malgrado ogni miglior titolo e benemerenza, cronicizzano nel grado, in contrasto con altri ufficiali, che raggiungono giovanissimi il grado di colonnelli, anche se la guerra per essi si è svolta solo nelle retrovie, ma molto retro-vie.

Tutto sta ad appartenere alle armi combattenti! Allora, anche se dei combattimenti non si è intesa che l'eco delle cannonate, tirate ad un aeroplano in ricognizione su città dell'interno, la carriera si fa, e si fa a spese di quelli che soffrono e muoiono. Ma lasciando questo argomento, che ci potrebbe portar molto lontano dalla nostra via, il certo si è che il Ministro ha affermato che l'organico degli ufficiali medici effettivi è più arretrato che quello di altre armi, e che alla sorte degli effettivi è legata quella dei medici di complemento, in quanto che questi non possono essere promossi se non contemporaneamente ai primi di pari grado e anzianità.

Non c'è contraddizione tra tutto ciò e le affermazioni di privilegi?

La risposta, dunque, del Ministro non ci sembra giusta, nè logica, nè quindi soddisfacente. Occorre insistere finchè la giustizia non sia resa. Dobbiamo esigere l'equiparazione dell'arma sanitaria alle armi combattenti, perchè la condizione di fatto risponda alle disposizioni di legge, perchè i medici non possono rinunciare a diritti che si fanno sempre più larghi e più precisi.

Dacchè si tratta di una quistione di non trascurabile importanza, consigliamo i deputati e senatori medici, il Fascio medico parlamentare, gli Ordini dei medici, se esistono ancora, la stampa sanitaria professionale, ad occuparsene con impegno.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia. — Il bilancio preventivo per il 1918 è il seguente: fondo presunto, residuo degli esercizi precedenti L. 37,372.50; entrate effettive 154,073.70; entrate straordinarie 7,000; movimento di capitali 12,020; partite di giro 8,000; totale L. 218,466.20.

Il caso Schiavi. — È noto che al convegno socialista interalleato di Londra l'ordine del giorno che riconosceva la giustizia delle rivendicazioni italiane nei fini della guerra mondiale veniva approvato ad unanimità con due soli voti contrari: quello dell'on. Modigliani e quello del dott. Schiavi di Milano, delegati del Partito socialista ufficiale sedicente italiano. La condotta dello Schiavi, come è noto, produsse un vivo fermento, una indignazione generale nel campo medico milanese, che volle subito rifiutare qualsiasi solidarietà con chi, dicendosi italiano, aveva votato contro gli interessi e gli ideali italiani.

Il 3 corr., sotto la presidenza del dott. Cova, si è riunita a Milano un'assemblea numerosa di medici ospitalieri per discutere in merito a questo «caso Schiavi».

Il dott. Cova espose chiaramente la causa dell'agitazione manifestatasi fra i medici.

Dopo una animata discussione cui parteciparono i dottori Del Bono, Fraccari, Mariani, Luraschi e Manzoni ed i professori Cresti e Rossi, è stato unanimemente approvato quest'ordine del giorno:

«L'assemblea dei medici ospitalieri, prendendo atto della quasi unanimità con la quale i colleghi dell'Ospedale Maggiore si sono associati nella protesta contro il contegno del sig. Schiavi a Londra:

invita la presidenza a fare nuovi passi presso i pochi dissidenti per far loro presente la gravità della mancata adesione la quale suona offesa all'idealità della patria».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 5071:

Non si può sapere quali determinazioni saranno prese dal Ministero per gli ulteriori avvicendamenti dei medici che ora vengono mobilitati per sostituire i colleghi provenienti dalla zona di guerra. Ciò dipenderà evidentemente da molte cause che per ora ignoriamo, prima fra tutte l'ulteriore durata della guerra.

Non spetta a Lei poi optare per uno piuttosto che per l'altro stipendio, inquantochè è stabilito che ai medici che si trovano nelle sue condizioni viene versato lo stipendio maggiore fra i due.

Ella può esser promosso appena chiamato in servizio, data la sua anzianità. Occorre però che l'autorità da cui dipenderà ne faccia la proposta.

Al dott. M. B. da M.:

Non è detto che il Ministero, pur tenendo conto del parere della Commissione provinciale degli esoneri, non possa risolvere in senso diverso dalle sue proposte.

Perchè vengano riveduti dal Ministero gli esoneri dei medici delle 69 provincie italiane occorre certo un periodo di tempo non breve. In caso di chiamata Ella può benissimo essere destinato in zona di operazioni.

Se chiamato alle armi le potrà venir conferito il grado di capitano in base alla sua anzianità nel grado di tenente.

All'abb. n. 5872:

La disposizione riguardante gli assegni degli ufficiali promossi con ritardo per cause non a loro imputabili, non poteva esserle applicata essendo posteriore alla data della sua promozione.

Al dott. L. F., Zona di guerra:

Occorre attendere il bando di un nuovo concorso.

All'abb. n. 7207:

Appartenendo Ella ad una classe più giovane del 1885 non può essere ritirato dalla zona di guerra anche se non completamente idoneo a tutti i servizi.

Al dott. E. S., Zona di guerra:

Il Ministero in genere ha sempre eseguite le promozioni dal grado di sottotenente a quello di tenente anche se non risultava che il promovendo avesse l'idoneità incondizionata, che invece è condizione *sine qua non* per la promozione a capitano.

La proposta di promozione però deve sempre esser fatta dall'autorità militare dalla quale l'ufficiale dipende.

All'abb. n. 1716:

Data la non grande anzianità della sua classe è probabile che Ella venga compreso nell'avvicendamento.

Le conviene far domanda di avere il grado di capitano di complemento, avendo i titoli per conseguirlo. Naturalmente con tale domanda Ella rinunzia al ruolo territoriale.

All'abb. n. 3495:

Per la promozione a capitano occorre aver compiuto almeno quattro mesi in *zona di operazioni*.

Quindi ella non può aspirare per ora, malgrado la nuova assegnazione del suo ospedale, alla promozione.

M. G.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. BON COSTABILE, medico condotto da Vietri sul Mare, perdette il figlio OSVALDO, ventisettenne, capitano effettivo nel 205 regg. fanteria, negli aspri combattimenti del 19-20-21 maggio 1916. Eroicamente, alla testa della sua compagnia, voleva impedire che lo straniero odiato mettesse piede nel suolo sacro l'Italia. Gravemente ferito al ginocchio sinistro, fu fatto prigioniero e il 24 maggio e in suolo nemico morì.

Al fronte il nostro collega ha ora l'altro figlio ventenne, RENATO, sottotenente nel 24° regg. fanteria, che con fervida fede combatte, e già si è meritato encomi solenni per gli arditi atti compiuti.

Alla decima compagnia di sanità ha pure l'altro figlio ANTONIO, chimico-farmacista.

NOTIZIE DIVERSE

Per gl'invalidi di guerra.

La rieducazione dei mutilati ed invalidi è stata trattata in recenti riunioni del Consiglio d'amministrazione dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degl'invalidi di guerra. Fra l'altro, è stata stabilita la pronta costituzione di case di rieducazione professionale nelle Puglie e in Sardegna, nonchè l'impianto di un grande istituto per ultrainvalidi nella Villa «Le Romite», presso Firenze, donata dalla Principessa Abameleck Demidoff. Si è anche deliberato di concedere sussidî annui continuativi a favore dei cittadini resi inabili al lavoro in seguito a bombardamenti nemici o ad altri fatti bellici.

Per i militari tubercolotici riformati.

Un decreto Luogotenenziale in data 4 corr. contiene provvedimenti a favore dei militari riformati per tubercolosi polmonare.

Lo riporteremo in un prossimo numero.

Nel pomeriggio di Pasqua, dopo una settimana di crudeli ansie dei discepoli, dei colleghi e della cittadinanza tutta, la preziosa e vegeta vita del Prof. SERGIO PANSINI cedeva ad una infezione terribile che gli aveva contemporaneamente colpito le meningi, i reni ed il cuore.

Dalla nativa Molfetta, dove aveva compiuto gli studi classici, diciottenne, venne ad iscriversi, nel 1878, presso la Facoltà di medicina di Napoli.

Gli studi classici ed universitari, brillantemente compiuti, non furono che la solida base, su cui — appena laureatosi — volle edificare tutta la sua vasta e varia cultura scientifica.

Intendeva essere un clinico, ed incominciò da più lontano. Intuì con chiarezza meravigliosa la necessità di andare prima alle fonti della Scienza pura, per poter seguire poi — con piena consapevolezza — tutte le conquiste delle ricerche di gabinetto, che dovevano formare il prezioso sussidio della indagine clinica.

Divenne coadiutore dell'Istituto d'Istologia normale (1885-1889) con l'illustre prof. Paladino; e, dall'88 al '91, della Stazione Zoologica di Napoli col Kruse.

Furono di quell'epoca — che egli dedicò agli studi di Istologia e di Batteriologia — le monografie «Del plesso e dei gangli proprii del diaframma» e «Delle terminazioni dei nervi nei tendini dei vertebrati»; e gli studi sul Diplococco e sulla Influenza.

Nel 1891, il Pansini entrò nella via che doveva portarlo al più alto grado della carriera clinica sotto la guida del Maestro, col quale solo la morte poteva interrompere la lunga comunione di affetto e di devozione.

Egli fu prima coadiutore del prof. Cardarelli alla Cattedra ufficiale di Patologia e Propedeutica medica; poi, nel 1894, fu prima preparatore e, dopo un anno, coadiutore della Clinica medica, quando

questa passò dal compianto prof. Cantani al prof. Cardarelli.

Il Pansini aveva intanto conseguito la libera docenza per titoli in Patologia e Clinica propedeutica (1893), e quindi quella in Clinica medica (1896).

Vinte due borse di studio della Provincia di Bari, si recò a Berlino ed a Parigi, ove seguì i corsi di Senator, di A. Fränkel, di Dejerine, di Raymond, di Potain, di Dieulafoy.

Mentre la sua cultura scientifica si elevava completandosi, mentre il suo spirito di osservazione e la sua attività lo portavano a studii profondi ed a pubblicazioni di importanti monografie, egli trovava tempo e modo di soddisfare l'animo suo, ricercando nelle Capitali straniere quanto di bello l'arte, nelle sue varie espressioni, aveva accumulato.

Le impressioni estetiche, nella sua mente ordinatrice, riuscivano spesso a prendere quasi aderenza con quella che era l'arte sua clinica; e noi — suoi allievi i più prossimi — lo sentivamo non raramente ricorrere, nel desiderio grande di vivificare la descrizione di un atteggiamento patologico, ad invocare il gesto di un capolavoro di arte pittorica o plastica.

Furono del decennio 1896-906 i lavori sull'Artropatia tabetica, sulla Sindrome cerebellare malarica, sulla Acromegalia, sulle Ippuropatie, sul Morbo di Thomsen, e sulla natura della Reazione degenerativa. Dagli studi sulla Miotonia aveva tratto il desiderio di occuparsi, da un punto di vista nuovo, della fisiopatologia sperimentale dei muscoli. Tuttora, spesso — magari trascurando interessi professionali — veniva a rinchiudersi con noi nell'Istituto, raccogliendo un materiale ricchissimo di grafiche, dalle quali forse avrebbe già potuto trarre qualche utile conclusione.

Nel 1901 gli fu conferito l'incarico dell'insegnamento di Semeiotica medica, del quale divenne Straordinario nel 1903, ed Ordinario nel 1908.

Aveva appena raggiunta la vetta della sua carriera con la direzione della terza Clinica medica, e il Pansini si affermava come grande Maestro, quando la morte è venuta a troncare l'esistenza sua preziosa.

Osservatore attento, selezionista intelligente nelle sindromi morbose di tutto quanto serviva al problema diagnostico, felice ricercatore della nota caratteristica in ogni caso clinico, ragionatore chiaro e sopra tutto obbiettivo, egli preparava con vero ardore le sue lezioni; e quando compariva nell'aula, innanzi alla sua scuola di studenti e professionisti, egli sapeva attrarre subito a sè e tenere viva tutta l'attenzione dell'uditorio numeroso.

Era Maestro incomparabile nel sapere adattare alla capacità del pubblico l'esposizione dei casi clinici, in modo da portare le menti dei giovani allievi alle risoluzioni diagnostiche le più difficili, guidandole pianamente sulla via dei fatti assodati, ed abituandole così all'arte difficile della giusta induzione clinica.

La più spiccata caratteristica di questa forte figura di scienziato e di medico, così precocemente sparita, era la rigidità armonica di tutto il suo carattere nelle sue multiple espressioni di vita.

Eretta la figura, alta la fronte, signorile il gesto appariva nella persona; rigido nella onestà incrollabile e nella incapacità di prestarsi a piccioli accordi e volgari compromessi, alto nella meta per cui lavorò, corretto in ogni sua espressione era il suo Spirito.

Ebbe in tutta la sua vita la calma e la pazienza dei forti. Non il tempo da impiegare, ma la serietà e la onestà dei mezzi curò nella volontà di pervenire al posto, che egli fortemente sentiva di avere meritato quanto altro mai.

Più che al tempo, alla dignità ed al decoro della forma egli massimamente teneva; ed in professione entrò da grande Consulente, e nell'insegnamento da Maestro sommo. Tutta la preparazione lunga e laboriosa egli la svolse silenziosamente, noto solamente ai pochi; ed apparve nell'agone clinico napoletano quasi di un tratto, prendendo in una volta, con sicurezza, il suo rango fra i primi.

Con la morte del Prof. Pansini, il vuoto che si apre nella nostra Scuola Medica appare incolmabile, non perchè ne manchino maestri degni, ma perchè — dopo anni molti — è la prima volta che una continuità meravigliosa s'interrompe.

Tommasi, Cantani, Cardarelli, Pansini erano germogli della stessa vecchia radice gloriosa..... Pareva che nella Università di Napoli fosse serbata, per diritto divino, una ereditarietà immortale a quella che ha acquistato il titolo grande di Scuola Clinica Napoletana, e della quale il venerando Prof. Cardarelli — nel commemorare il Pansini ai giovani studenti — volle ricordare la divisa: « *Observatio et Ratio* ».

È l'incanto di questa continuità che la fulminea scomparsa del Prof. Sergio Pansini ha irrimediabilmente distrutto.

Napoli, 9 aprile 1918.

Prof. URBANO SORRENTINO.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(2/)

Anno XXV. Roma, 21 aprile 1918 Fasc. 16.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

2ª AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA
diretta dal Prof. ROBERTO ALESSANDRI,
ten. colonnello medico.

Su di un metodo pratico ed economico di applicazione degli apparecchi gessati per la riduzione delle fratture degli arti inferiori con l'aiuto ed il controllo della radioscopia

per il dott. LUIGI GAVAZZENI,
tenente medico di complemento,
radiologo dell'Ambulanza.

È generalmente noto come si dia oggi la preferenza al cosiddetto lettino di Schede nell'applicazione degli apparecchi gessati per la riduzione delle fratture degli arti inferiori. Con esso si ottiene una controestensione perineale, facile progressione e simmetrica ed una estensione di entrambi gli arti inferiori contemporanea, meccanica, ben diretta e persistente fino a sufficiente consolidamento del gesso. Il modo di sospensione del paziente rende agevole l'applicazione delle bende, dei rinforzi e delle fascie gessate in maniera che gli apparecchi possono essere condotti a termine con una tecnica perfetta.

È evidente ed indiscutibile l'opportunità e l'utilità della riduzione delle fratture fatta sotto il diretto controllo radioscopico per meglio ridurre e mantenere in linea i monconi ed i vari segmenti ossei e per rendere più rapida e sicuramente efficace l'applicazione dell'apparecchio gessato.

Ma in pratica s'incontrano difficoltà non indifferenti, tali molte volte da indurre il chirurgo a rinunciare a questo prezioso metodo di controllo.

Le difficoltà maggiori si trovano nel disporre convenientemente il tubo di Röntgen sotto

e lateralmente al focolaio di frattura. Anche quando ciò riesce possibile, occorre sempre un impiego di tempo eccessivamente lungo con scapito della buona riuscita dell'apparecchio gessato.

Anche il lettino di Schede, come viene di solito costruito, presenta sotto questo riguardo le suddette difficoltà.

Il trocoscopio, che all'uopo servirebbe benissimo, non offre il modo di esercitare l'estensione meccanica tanto utile e necessaria per la buona riduzione delle fratture, e mal si presta all'applicazione delle fascie gessate.

Combinare i vantaggi presentati dal lettino di Schede con quelli offerti dal trocoscopio: ecco quanto mi sono proposto di ottenere, a ciò indotto dal desiderio di ridurre le fratture coll'aiuto della radioscopia, espressomi dal prof. L. Dominici, maggiore medico, che attualmente dirige un importante reparto per fratturati gravi, presso l'Ambulanza chirurgica d'Armata n. 2.

Ecco con qualche particolarità tecnica come può essere raggiunto lo scopo facilmente e con una spesa limitatissima.

Anzichè descrivere prima il lettino di Schede ed indicare poi le modificazioni che vi dovrebbero essere introdotte per adattarlo al trocoscopio, ho creduto più conveniente fare la descrizione delle singole parti del lettino, già modificate e costruite in modo da potere essere montate sul trocoscopio.

Sarà così facile a chi volesse adottare tale economico sistema, far costruire da un meccanico o da un buon fabbro questo apparecchio in modo da renderlo applicabile al trocoscopio di cui oggi dispongono quasi tutti i gabinetti radiologici.

Due aste di ferro appiattite della larghezza di 3 cent. × 5 mm. di spessore, saldate ad angolo acuto, corrono orizzontalmente sul piano del trocoscopio. Le estremità libere sono foggiate in modo da abbracciare a tutto spessore il legno del lato del trocoscopio dove sarà rivolta la testa del paziente. La lunghezza delle due aste di ferro, corrispondente alla distanza fra il suddetto lato del trocoscopio ed il vertice del V formato da esse, ammessa una lunghezza del trocoscopio di 2 metri, è di 85 centimetri. Questa distanza potrà poi essere opportunamente ridotta di volta in volta allo scopo di poter diaframmare il focolaio di frattura quando si tratti di fratture in corrispondenza dei 2 terzi inferiori della gamba e qualora sia limitata l'escursione della cassetta contenente il tubo di Röntgen, avendo cura di far praticare nelle due aste metalliche una serie di fori alla distanza di 5 cent. fra loro in cui si possano avvitare all'occorrenza delle brevi aste di ferro foggiate ad ⏉ che sostituiscano nel loro effetto le anse delle estremità. Dal vertice del V si innalza verticalmente una asta pure di ferro che raggiunge l'altezza di 8 cent. Su questa è fissato un piccolissimo sedile in ferro disposto orizzontalmente e quasi del tutto rivolto verso l'apertura del V. Il sedile ha una lunghezza totale di 10 centimetri × 4 cent. di larghezza. Al momento di usare l'apparecchio esso andrà rivestito con un piccolo strato di cotone tenuto a posto da una stretta fasciatura. Anteriormente e verso la metà della breve asta su cui poggia il sedile è applicato un gancio di ferro foggiato a triangolo con la base di 4 cent. rivolta verso l'alto. Questo gancio è mobile mediante un perno in modo da potersi disporre parallelamente all'asta su cui è attaccato.

La seconda parte dell'apparecchio consiste in altre due aste di ferro, un'estremità delle quali è foggiata ad ansa e rinforzata in modo da potersi fissare rispettivamente alla parte laterale sinistra del trocoscopio. Esse si innalzano verticalmente per un'altezza di 55 centimetri e sono riunite in alto mediante una sbarra di ferro disposta orizzontalmente. Sul punto di mezzo di quest'ultima è praticato un foro a madrevite in cui passa una vite robusta della lunghezza di 25 cent. portante all'estremità rivolta verso il piano del trocoscopio un gancio di forma analoga a quello descritto dianzi, ma imperniato in modo da essere girevole su sè stesso indipendentemente dal girare della vite. Questa porta all'altra estremità una maniglia smontabile tenuta ferma da un galletto.

Al momento dell'uso, fra i due ganci, mantenuti fra loro a 25 cent. di distanza, si farà passare una benda ripiegata longitudinalmente più volte su sè stessa, e si ripeterà l'avvolgimento numerose volte, in modo da ottenere una stretta, spessa e resistente fascia, che dovrà servire per la controestensione perineale.

La terza parte dell'apparecchio consiste in due tiranti identici, ma indipendenti fra loro, formati da un'asta di ferro piegata ad ansa ad un'estremità, rafforzata da altr'asta pure piegata ad ansa in modo da abbracciare a tutto spessore il legno del trocoscopio sul lato verso il quale saranno rivolti i piedi del paziente. L'asta si innalza verticalmente per 25 cent. dal piano del trocoscopio ed a 20 centimetri da questo presenta un foro a madre-

vite che permette lo scorrimento di una vite robusta lunga 20 cent. e portante all'estremità un gancio a forma triangolare girevole su sè

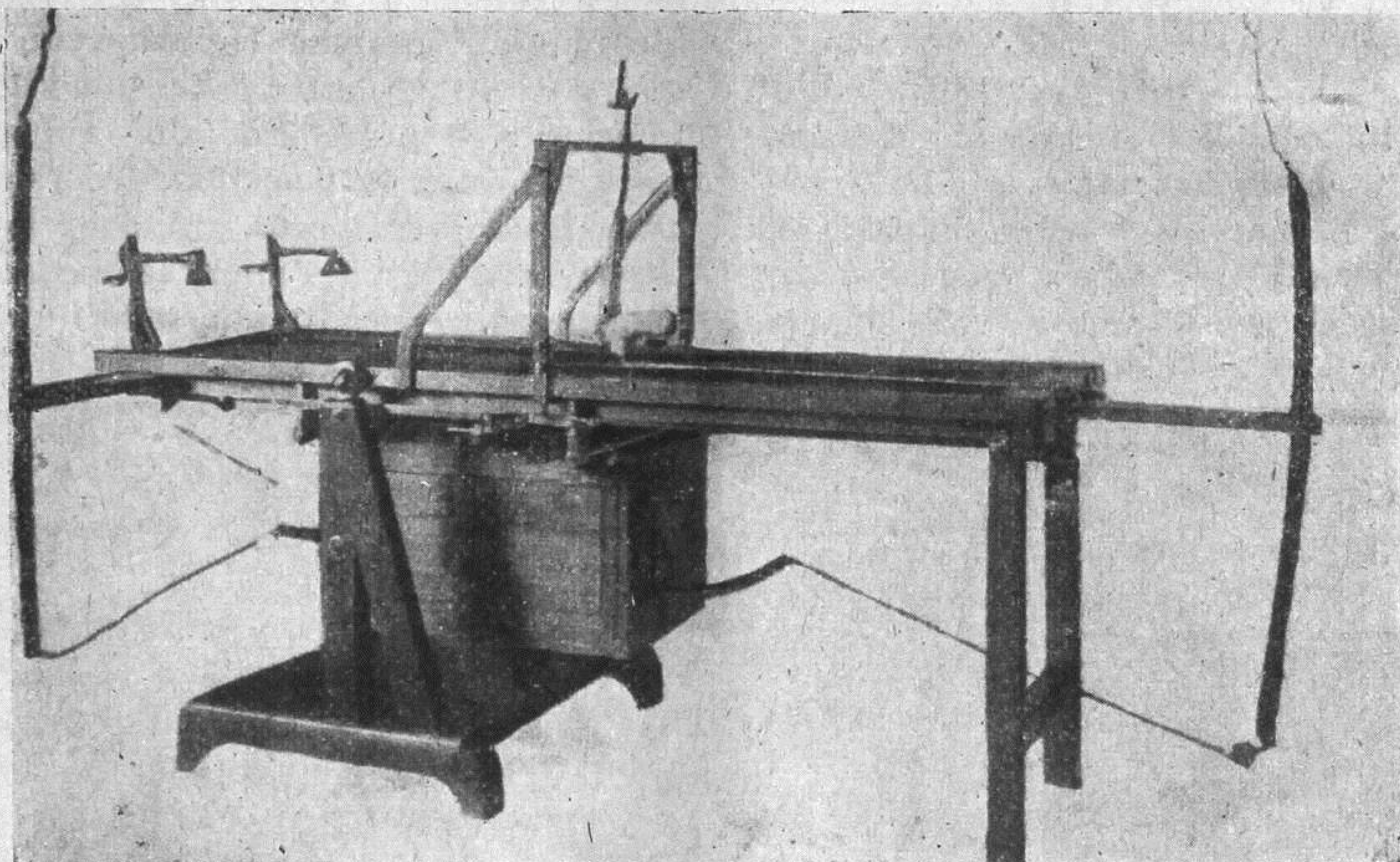


Fig. 1.

stesso indipendentemente dal girare della vite. Questo gancio è destinato a ricevere la fascia da applicarsi al piede del paziente per esercitare l'estensione dell'arto.

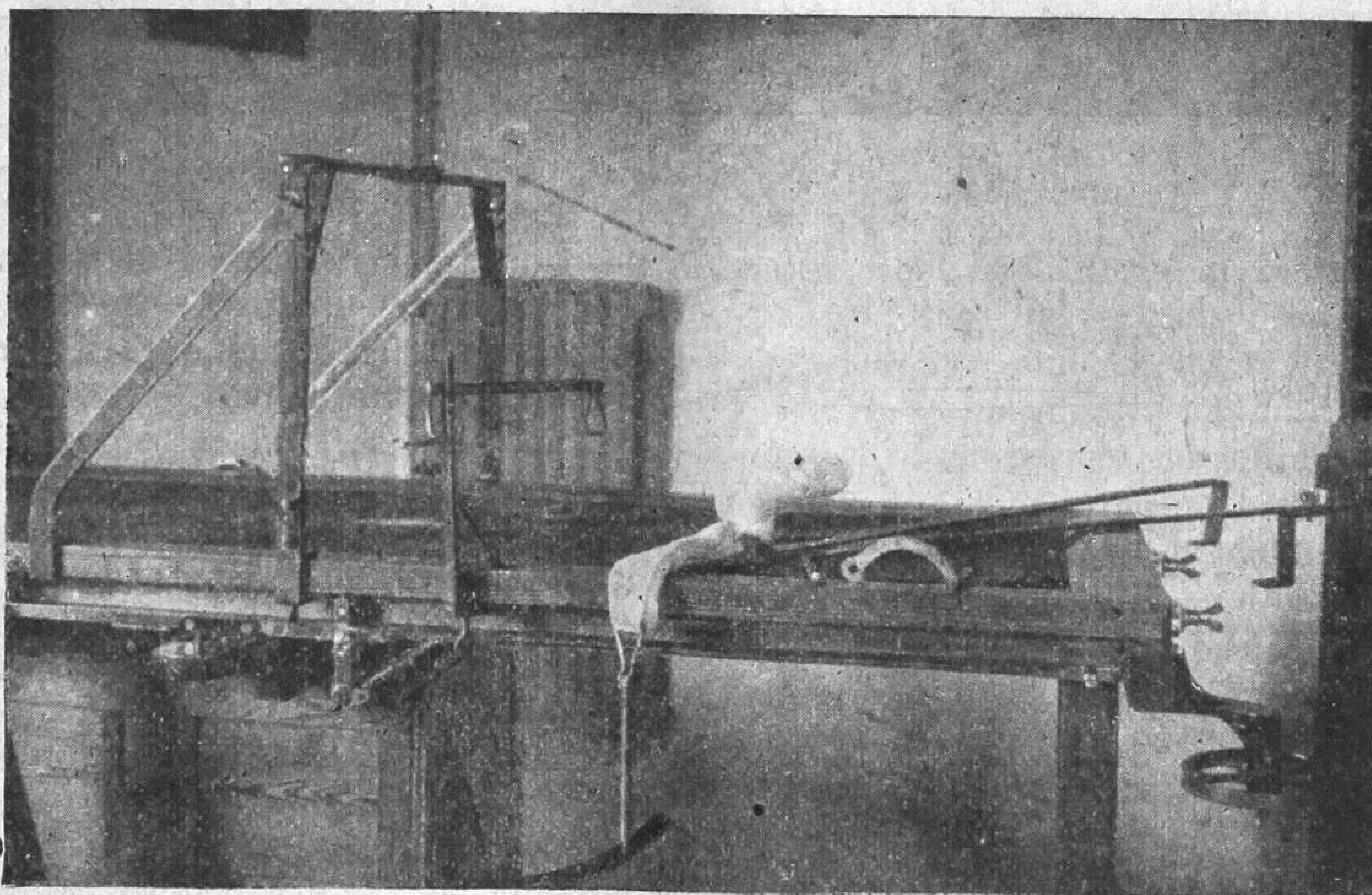


Fig. 2.

Si ricorda a questo punto come anche col lettino di Schede, qualora non si adotti il metodo della calza per apparecchi gessati, l'applicazione di questi venga fatta in due tempi. Dapprima cioè si giunge colla fasciatura gessata fino al disopra dei malléoli e poscia, quando si giudica che la presa del gesso è sufficiente per mantenere la riduzione della frattura, anche se cessata l'estensione meccanica, si completa l'apparecchio con la fasciatura gessata del piede facendola aderire a quella della gamba, dopo aver naturalmente liberato il piede stesso dalla fascia che manteneva l'estensione, in modo che non vi residui alcuna costrizione.

Va da sè che per rendere evitabili le scariche elettriche sull'operatore o sulle persone che lo assistono si dovrà modificare l'attacco dei fili che vanno al tubo di Röntgen conte-

nuto nella cassetta del trocoscopio, facendo ad es. laterale l'attacco rivolto verso gli arti inferiori, come appare nello schema.

Ed ora ecco brevemente il metodo da seguire nell'uso dell'apparecchio testè descritto.

Fissati precedentemente i due tiranti muniti di vite all'estremità del trocoscopio dove saranno rivolti i piedi del paziente ed all'estremità opposta la parte del lettino munita del piccolo sedile, alla quale sarà già stata applicata la fascia per la controestensione pe-

Se, dalla natura della frattura, si giudica la riduzione assai laboriosa e difficile sarà meglio farla precedere dalla narcosi eterea o cloroformica, o dalla rachianestesia.

Ottenuta, girando contemporaneamente le due viti, una relativa estensione dei due arti inferiori, si procederà alla riduzione della frattura sotto il controllo dei raggi X dopo aver tutto predisposto affinchè, appena questa sia raggiunta, l'applicazione dell'apparecchio gessato risca il più sollecitamente possi-

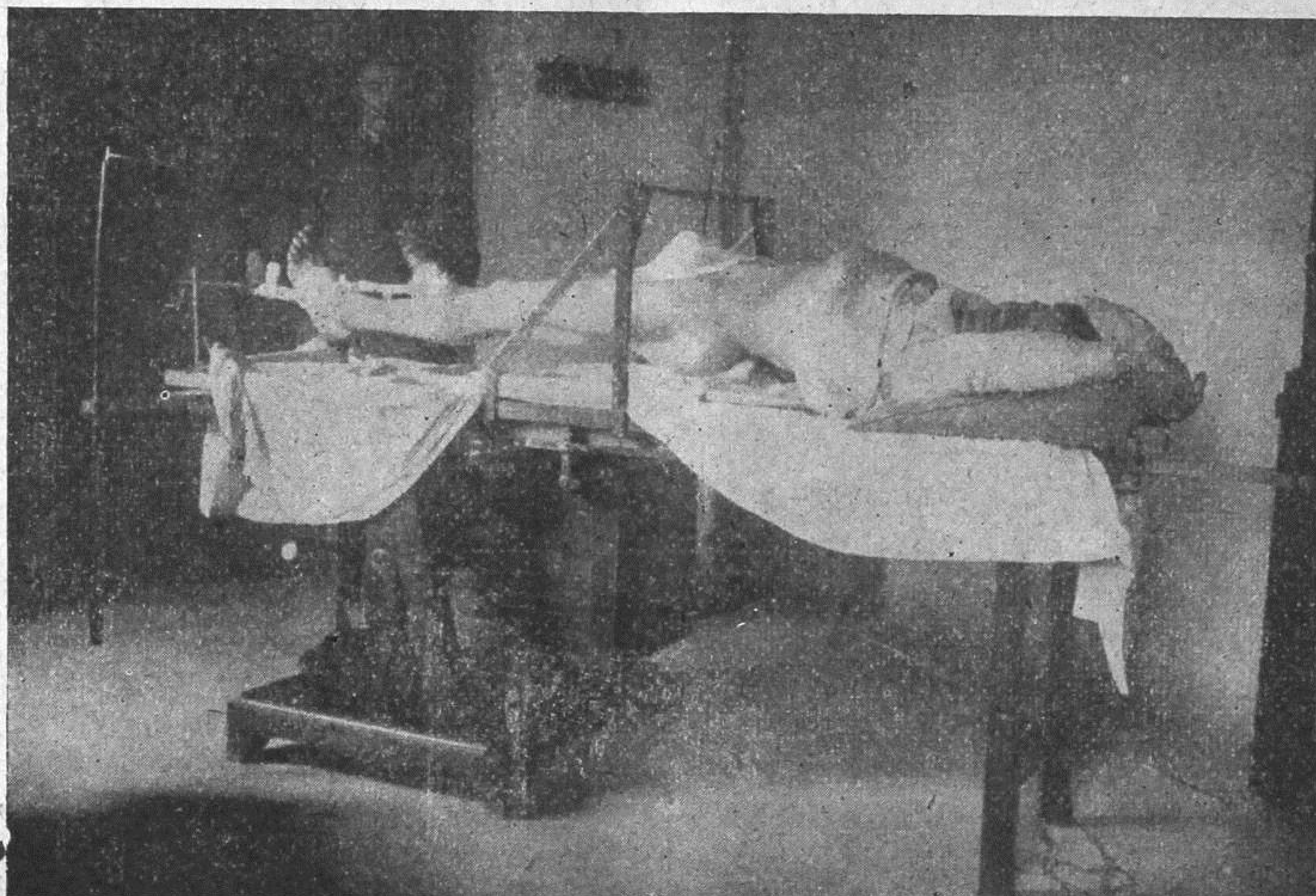


Fig. 3.

rineale, si metterà in posto il paziente facendogli appoggiare le natiche sul sedilino. Sotto le spalle si metterà un cuscino in maniera che tutto il corpo rimanga orizzontale ed alquanto sollevato dal piano del trocoscopio. Si applicherà poi a questo la parte mediana dell'apparecchio fissandolo a livello della estremità anteriore del sedile e nella sbarra superiore si passerà la vite che porta la fascia, vite che si era lasciata prima distesa sul piano del trocoscopio. Si continuerà poscia l'avvitamento fino a che la fascia riesca ben tesa. Contro di essa si farà combaciare il perineo dell'infermo. Mediante la calza appositamente preparata od una fascia convenientemente avvolta attorno al piede dell'arto fratturato, che si immagina già medicato e fasciato, si allaccerà il piede con il gancio girevole intorno alla vite dell'apparecchio di trazione, avendo avuto l'avvertenza che tutta la vite sporga dalla parte del trocoscopio. Altrettanto si farà per l'arto sano.

bile. Durante la riduzione della frattura sotto il controllo dei raggi X oltre all'aumentare gradatamente l'estensione degli arti girando progressivamente le viti, sarà necessario di volta in volta servirsi di tutti gli altri mezzi adatti per ottenere il maggiore ed il migliore riavvicinamento possibile dei segmenti ossei da contenersi. Spostando a destra od a sinistra gli apparecchi di trazione degli arti si potrà dare a questi quel grado di adduzione o di abduzione che meglio risponderà al singolo caso. Ciò si otterrebbe più facilmente facendo scorrere i detti apparecchi su una guida in ferro fissata al trocoscopio.

Quando si giudica che la frattura risulta sufficientemente ridotta — non sempre naturalmente si può ottenere una riduzione perfetta, data la grandissima varietà delle fratture, il decorso clinico delle medesime ed il momento scelto per l'applicazione dell'apparecchio definitivo — si passerà all'applicazione dell'apparecchio gessato con tutte le modalità tecniche che questa pratica insegna.

Facilmente s'intende come l'apparecchio sopra descritto, oltrechè al trocoscopio, sia adattabile a qualunque altro tavolo e come possa rendersi così utile per la riduzione delle fratture degli arti inferiori anche quando non si dispone di un gabinetto radiologico.

Zona di guerra, 28 marzo 1918.

LAVORI ORIGINALI.

Di alcuni segni clinici del processo di guarigione anatomica nella tubercolosi polmonare

per il dott. PAOLO RUSCA, s.-ten. medico.

In questa Nota intendo illustrare brevemente alcuni fatti da me osservati in individui affetti da tubercolosi polmonare in via di guarigione; indottovi non tanto dalla loro intrinseca importanza clinica quanto dall'interesse che possono indirettamente presentare, sia per il modo di produzione, sia perchè potrebbero — diversamente interpretati — suggerire erronee illazioni prognostiche.

Senza riferire per esteso i singoli casi clinici, del resto banali, ai quali le mie osservazioni si riferiscono, dirò soltanto che si trattava di soggetti nei quali si era svolto il quadro tipico della tubercolosi polmonare, quando con prevalenza dei processi ulcerativi, più spesso con spiccata e costante tendenza alla sclerosi, sin dall'inizio. La cura (per alcuni soltanto sanatoriale) aveva avuto un esito soddisfacente, portando via via alla graduale scomparsa dei sintomi caratteristici (elevazioni termiche, espettorato purulento bacillare, deperimento generale, ecc.) e ad una corrispondente miglioria nei segni fisici (scomparsa dei fatti umidi, persistenza solo di asprezza nel respiro): breve, si era in presenza di avviata guarigione clinica e, presumibilmente, di inizii della guarigione anatomica.

In questo periodo appunto comparvero nei miei casi i fatti clinici che credo meritevoli di qualche considerazione.

In modo più spesso improvviso, indipendentemente da qualunque causa esteriore apprezzabile (raffreddamenti, variazioni climatiche, strapazzo fisico, ecc.), compariva un dolore localizzato alla parte del polmone leso, in corrispondenza del focolaio tubercolare.

Il paziente, non poco allarmato dal fatto, pensava subito ad un focolaio pleuritico o ad una riacutizzazione del processo polmonare, e chiamava d'urgenza il medico sotto questo incubo. Se non che, già ad un primo esame sommario, la temperatura normale, l'assenza di tosse ed espettorazione o il loro durare coi caratteri dei giorni precedenti (tosse scarsa mattutina con poco escreato mucoso abacillare) dimostravano ingiustificati i timori, che erano poi completamente smentiti dai risultati dell'esame fisico. Nessun indizio di nuovi focolai, segni di avviata guarigione dei già esistenti, sotto forma di una lieve smorzatura plessica e di un modico aumento del fremito v. t. nel punto corrispondente, dove l'ascoltazione non dava a notare l'esistenza d'alcun fatto umido e solo rivelava una certa asprezza del respiro: conseguenze queste dell'avviato addensamento del tessuto polmonare.

Tali rimanevano le condizioni anche nei giorni seguenti, durando il dolore caratteristico; dolore, che scompariva poi gradualmente, nè mai si protrasse oltre gli 8-10 giorni, e in un solo caso si ripetè due o tre volte, a distanza di pochi giorni. Esso differiva alquanto dal tipico dolore puntorio, perchè continuo, sordo, gravativo, descritto da un malato con la frase: « Mi pare soltanto che una parte del polmone sia più stanca, più pesante »; altre volte, dava una sensazione quasi pruriginosa, da cui il paziente credeva liberarsi strofinando la mano sul petto o fra le spalle. Se tosse v'era, essa lo esacerbava di poco; nè il variare del decubito nel letto o la pressione e la percussione del torace lo modificavano comunque.

Benchè convinti in seguito della nessuna gravità del fenomeno, tutti i miei malati non dissimularono — finchè il dolore durava — una certa apprensione che potessero insorgere da un momento all'altro fenomeni più seri o presentarsi l'eventualità d'una ricaduta nel processo. E fu appunto più per assecondare un loro desiderio che per convinzione dell'utilità di una terapia, che mi indussi a prescrizioni sintomatiche: lieve rivulsione toracica, piccole dosi di aspirina o di fenacetina.

Prima di addentrarmi nell'interpretazione di questo sintoma, un altro voglio ricordarne, riscontrato poche volte soltanto, ma a mio avviso dotato d'altrettanta importanza clinica.

In una parte dei casi nei quali notai il dolore ora accennato, esso fu preceduto di qualche giorno, accompagnato o — più raramente — seguito dalla comparsa occasionale (dopo sforzi, p. es. da defecazione) di qualche sputo lievemente rosato, color « carne di salmone », che all'esame microscopico mostrava la presenza di elementi del sangue ben conservati, senza che vi fosse traccia di elementi del pus e di bacilli tubercolari.

Anche quando non fu seguita o accompa-

gnata dal dolore a focolaio, la lieve emoftoe allarmò grandemente i pazienti: alcuni vedendovi un segno premonitore della ricomparsa di emottisi già sofferte nel periodo florido della malattia, altri constatando lo scacco di tutte le speranze in una guarigione che ormai — anche a detta del medico — pareva definitivamente avviata. Nè occorrerà aggiungere come, in alcuni, la quasi contemporanea comparsa del dolore al polmone affetto aumentasse grandemente le apprensioni, avvalorando l'infausta congettura.

Anche qui, invece, l'esame più accurato, pur confermando la provenienza polmonare del sangue (in due casi furono anche praticati gli esami rino-, larigo- e tracheoscopico), non dava a rilevare alcun peggioramento nelle condizioni locali, nè l'ulteriore decorso della forma potè giustificarne il timore.

Infatti, in tutti i casi nei quali si presentarono i sintomi che formano oggetto di questa nota, l'ulteriore progressivo miglioramento locale, la ripresa delle abitudini normali e del lavoro, il ripristino nelle antiche condizioni generali e — per parecchi — il numero di mesi ormai trascorsi, tutto permette di considerarli come clinicamente e, forse, anatomicamente guariti.

È appunto il rapporto tra i fenomeni clinici suddescritti e la guarigione anatomica che intendo qui brevemente illustrare, non senza tentare prima la interpretazione fisiopatologica dei fenomeni stessi.

E cominciamo dal dolore.

È noto che non v'è ancora completo accordo tra i fisiologi sulla possibilità che il parenchima polmonare divenga sede di sensazioni dolorifiche in condizioni patologiche, e specialmente nella tubercolosi polmonare. Sovente, focolai ulcerativi anche estesi possono non dare al paziente sensazione alcuna di dolore, mentre non è men vero che in più di un caso di tubercolosi polmonare le lesioni oggettivamente apprezzabili sono precedute da lunghi periodi in cui unico sintoma è il dolore localizzato, insistente, ribelle ad ogni cura: e questo, *coeteris paribus* per quanto riguarda la maggiore o minore compartecipazione della pleura al processo sottostante.

Lasciando da parte la questione puramente fisiologica d'una problematica insensibilità del tessuto polmonare (sostenuta sperimentalmente dall'Aufrecht), dobbiamo ricordare come il fatto, che trova un riscontro in altri capitoli della patologia, abbia forse una più acconcia spiegazione in un'azione mortificante e, quindi, anestetizzante che le tossine sprigionate dal focolaio esercitano sulle fibre nervose viciniori prima ancora che avvenga la diffusione del processo flogistico e l'insorgenza di processi distruttivi. Quanto più lento, direi cronico, è l'andamento del processo, tanto più è probabile che esso trovi un tessuto già reso insensibile da imbibizione tossica e, forse, alterazione dei rami nervosi: ricordiamo a questo proposito la caratteristica indolenza di lesioni anche gravemente distruttive in una malattia squisitamente cronica quale è la sifilide; e, per contro, i dolori di cui il polmone è sede in molti processi acuti, ivi inclusa la cosiddetta tisi florida (tubercolosi polmonare infiammatoria acuta). E, del resto, lo stesso Aufrecht lascia un margine alla possibilità di questa interpretazione, giacchè conclude che il polmone, benchè insensibile, può divenire punto di partenza di stimoli sensitivi per il sistema nervoso centrale...

Comunque stiano le cose a questo riguardo, è però certo che in grande maggioranza le sensazioni dolorose nel corso della tubercolosi polmonare partono dalla pleura: lo notava De Renzi già in quel suo volume: «La tisichezza pulmonare» che, nel titolo stesso, porta i segni d'un'epoca ormai remota della tisiologia. Volendo tentare una sorta di classificazione delle principali fonti del sintoma dolore nella tubercolosi polmonare, a prescindere da ogni affezione concomitante, potremmo così ordinarle, in ordine di frequenza:

1° Dolori pleurogeni: *a*) da coesistenza di *pleurite* con o senza essudato; *b*) da rottura o semplice stiramento di *aderenze* (spesso, per altro, indici di una raggiunta migliore espansibilità dell'emitorace affetto; *c*) da semplice distensione *congestizia* del tessuto pleurico; *d*) da *neuralgie* (pleurodinie) riflesse; *e*) infine, eccezionalmente, dall'insorgere d'uno *pneumotorace*.

2° Dolori extrapolmonari: *a*) da *linfadenite peribronchiale*: dolori spinalgici, sternalgici, interscapolari, cui si volle attribuire un valore patognomonico (segno di Hofmann); *b*) *mialgie*, ai punti d'inserzione dei muscoli respiratori, dovute a stanchezza funzionale, conseguente agli accessi di tosse; *c*) *cardialgie* o *frenalgie*, la cui spiegazione è ovvia, quando si tenga conto delle connessioni tra polmone e cuore per mezzo del X paio; anche fra le mialgie, ora citate, molte trovano analoga genesi (rapporti dell'innervazione polmonare con la III^a^ e IV^a^ radice cervicale posteriore, coi nervi intercostali, col plesso brachiale, ecc.); *d*) dolori *riflessi* dall'addome e localizzati al torace, sempre in conseguenza di rapporti nervosi.

3° Dolori polmonari: di regola — l'abbiam

detto — attestano la comparsa di nuovi focolai. Kuthy ha per il primo insistito sul « dolore urente » interscapolare, sottoclaveare o retrosternale, che compare per lo più dopo fatica fisica, lungo lavoro allo scrittoio, esposizione all'aria fredda o al vento, ecc., e in molti casi vale a richiamare precocemente l'attenzione su lesioni tubercolari affatto iniziali, spesso centrali o localizzate presso l'ilo.

Va ancora notato che tutti i dolori sopra accennati vengono spesso, per allochiria, localizzati dal paziente in regione omologa o anche in regione affatto diversa; e che essi sono quasi sempre esagerati dall'eretismo psichico dei pazienti, se pure non vogliamo con Weill ammettere l'esistenza di una emialgia od emiiperestesia neuromuscolare per così dire specifica, rivelata dall'aumentata eccitabilità elettrica (Bálint). Certo, non è infrequente osservare la contemporaneità di questi dolori con periodi di recrudescenza degli altri sintomi specifici (dolori pomeridiani) e la loro coincidenza con periodi di aumentata eccitabilità riflessa (dolori toracici premestruali delle tubercolotiche) o con particolari stati psichici (ipocondria, isteria, ecc.); nè, del resto, è privo di significato il fatto che i dolori si attenuano, per lo più, quando il medico rassicura il malato sulla loro interpretazione non sfavorevole (Blümel).

Volendo ricercare a quale dei gruppi suaccennati possa assegnarsi la dolorabilità locale riscontrata nei miei casi, risulta subito evidente la sostanziale differenza tra quelle e questa forma di dolore. L'assenza assoluta d'ogni segno clinico d'infiammazione pleurica o polmonare e di dolorabilità alla pressione del torace, la continuità del dolore, i suoi caratteri intrinseci, l'indipendenza dagli atti respiratori o dalla posizione del malato, la sua scomparsa dopo pochi giorni senza che compaia una recrudescenza del processo locale e soprattutto la nozione della costante coincidenza di tempo e luogo con un focolaio tubercolare clinicamente guarito: tutto ciò mi ha fatto pensare che in nessun altro modo il fenomeno soggettivo presentato dai miei pazienti potesse logicamente interpretarsi, se non come conseguenza dell'avviato processo di guarigione anatomica del focolaio tubercolare.

Prescindendo dalla *vexata quaestio* della possibile rigenerazione del parenchima polmonare comunque distrutto (possibilità negata da Crescenzi), è certo che per guarigione anatomica intendiamo comunemente la totale sostituzione di connettivo adulto al tessuto leso. In taluni casi, è noto, il tubercolo può subire la trasformazione fibrosa mentre la necrosi caseosa è ancora all'inizio, o anche prima che cominci: sono questi i casi, più benigni, di tubercolosi cosiddetta fibrosa, in cui dalle cellule del connettivo peritubercolare nasce un tessuto embrionario, i fibroblasti invadono il tubercolo, ne dissociano gli elementi e li atrofizzano, trasformandosi poi in connettivo adulto. Questa modalità di guarigione può avverarsi anche in secondo tempo, come esito di vasti processi distruttivi, in quanto nelle pareti della caverna dalle cellule connettivali e dagli elementi migranti si sviluppa un tessuto di granulazione e successivamente le pareti vengono a contatto e si fondano in un unico tessuto embrionario, che subirà poi la trasformazione sclerosa in connettivo adulto.

Di fronte a questi casi di reale sostituzione del connettivo cicatriziale al tessuto leso, altri se ne hanno — come è pur noto — di semplice inclusione del focolaio da parte del tessuto fibroso neoformato: poichè però sovente nel focolaio così incapsulato permangono delle cavità miliari o dei focolai caseosi calcificati, nei quali il virus può sopravvivere a lungo e dar luogo in prosieguo ad una riacutizzazione del processo morboso, è meglio con Hansemann considerare come vera guarigione anatomica solo la prima.

Ora, è appunto nel meccanismo anatomopatologico di questo processo di guarigione fibrosa che si può trovare la spiegazione del fatto clinico del quale ci occupiamo. In un primo tempo, la penetrazione dei vasi neoformati o la loro scomparsa dal tessuto di granulazione e i processi meccanici o rigenerativi cui vanno incontro le fibre nervose impigliate nella cicatrice che si forma, possono forse tradursi in una speciale sensazione, identica per significato al formicolio che, p. es., si avverte nelle cicatrici cutanee in via di formazione.

Ma soprattutto poi la coartazione, che immancabilmente il tessuto cicatriziale subisce durante la sua evoluzione a connettivo fibroso, non può a meno di tradursi in stiramenti, che, quanto più vicino alla pleura si trova il focolaio in via di guarigione, devono destare una, se pur fugace, sensazione dolorifica; e questo, senza contare la già ricordata possibilità che la scomparsa dei processi tossinfettivi all'altezza del focolaio tubercolare ripristini la sensibilità locale.

Comunque interpretato, il fenomeno clinico non è accompagnato da veruna recrudescenza dei sintomi morbosi, e ciò appunto perchè è l'espressione d'una tappa del processo di guarigione; è d'altra parte continuativo, nè subisce modificazioni di sorta con gli atti respiratori,

con la posizione del paziente, con le condizioni estrinseche in cui egli vive o con le pratiche terapeutiche alle quali si sottopone, e via dicendo.

E però l'importanza di questo segno clinico è tutta nella possibilità di identificarlo: sia perchè potrebbe fare sorgere il dubbio infondato d'una recidiva, sia perchè — legittimamente riconosciuto — è indice sicuro d'un'avviata guarigione anatomica del focolaio morboso. In questo senso, sarebbe a desiderare una sua costante presenza nei casi di avviata guarigione clinica; benchè tutto autorizzi a credere che la sua frequenza sia di gran lunga maggiore che non appaia. Forse, molti presunti fatti congestizi o nevralgici, molti lievi e fugaci focolai pleurici riscontrati sporadicamente in tubercolotici polmonari in via di guarigione, dovrebbero rientrare in questa più razionale e convincente interpretazione.

Vediamo ora brevemente come possa interpretarsi l'altro sintoma già accennato, vale a dire la comparsa di lievissime emoftoe, scompagnate da qualunque altro segno clinico di recrudescenza o di semplice congestione del focolaio tubercolare e seguite da un regolare andamento del processo di guarigione.

È noto che, mentre le grandi emottisi a ripetizione sono sempre da riferire alla rapida distruzione ulcerativa del tessuto polmonare, le lievi e sporadiche emissioni di sangue con lo sputo si hanno di preferenza nei casi di t. p. con tendenza alla sclerosi (Strümpell, Bandelier e Roepke, Trevisan, ecc.).

I dati anatomopatologici dell'assenza di vasi nel tubercolo e della penetrazione di vasi neoformati nel connettivo cicatriziale (meglio, tra i fibroblasti del tessuto di granulazione) avvalorano quest'ultima affermazione, la quale trova un riscontro nel dato clinico della frequenza delle emorragie capillari nella tubercolosi circoscritta, ben incapsulata e avviata a guarigione (Kuthy e Wolff-Eisner).

Quanto all'esatto meccanismo di produzione di queste lievi emorragie prognosticamente favorevoli, gli AA. non sono d'accordo nell'indicarlo.

V'è chi parla di semplici fatti congestizi a livello del focolaio in via di guarigione; ma contro l'applicabilità di questa spiegazione al fatto clinico da me ricordato sta l'assoluta assenza del benchè minimo segno ascoltatorio sul focolaio prima e dopo la comparsa dello sputo sanguigno. La stessa obbiezione vale per l'ipotesi di Kuthy; benchè dalla sua descrizione io rilevi l'identità col fenomeno da me osservato: egli spiega l'emottisi con l'iperemia cronica della mucosa delle piccole cavità bronchiettasiche originate dalla coartazione del tessuto cicatriziale.

Per altri autori, i più, l'emorragia devesi alla rottura di ectasie arteriose miliari (aneurismi del Rasmussen) esistenti in seno ai tessuti che circondano il focolaio: se non che, l'esistenza di questi aneurismi implicherebbe quella di focolai di mesoarterite nel periodo evolutivo della t. p. a cui ci riferiamo, periodo che è invece caratterizzato dall'avvenuta scomparsa dei fatti tossi-infettivi sia generali, sia localizzati. Tanto meno accettabile è l'interpretazione di Korànyi, che riferisce l'emorragia alle granulazioni facilmente sanguinanti e torpide che tappezzano le cavità ulcerative.

Un'ipotesi molto più suggestiva, e che dà ragione di tutte le modalità di produzione e di evoluzione di queste piccole emottisi tardive, trovo espressa dal Cornet, il quale le riconduce alla casuale rottura (in seguito a sforzi e, in genere, ad aumenti bruschi della pressione endotoracica) di singoli capillari neoformati in seno al tessuto di granulazione. La scarsa distensibilità di quest'ultimo unita alla nota fragilità dei gettoni vasali neoformati spiega benissimo la possibilità delle piccole emorragie per *rexis*, il loro rapporto con una brusca variazione delle condizioni idrauliche della circolazione polmonare, l'assenza d'ogni fenomeno ascoltatorio sul focolaio ove l'emorragia avvenne e, infine, la regolare progressione — dopo l'emorragia — nel processo di guarigione già avviato. Price, Möller e Steiner ricordano anzi vari casi, nei quali in soggetti clinicamente guariti dalla t. p. si ebbero per anni di queste lievi e sporadiche emoftoe, che poi cessarono lasciando una completa guarigione.

L'emorragia verrebbe, per così dire, a costituire una prova indiretta del processo anatomopatologico della guarigione definitiva; e, come tale, non sarebbe priva d'importanza prognostica. E però, l'esperienza ulteriore coonestò la deduzione prognostica che, nei miei casi, avevo formulata in base alla logica interpretazione dei due distinti fatti clinici.

Riassumendo:

Nel corso della t. p., e precisamente nel periodo d'avviata guarigione clinica, dopo la scomparsa dei sintomi caratteristici, possono avverarsi due fatti clinici (*dolore* con speciali caratteri alla parte che fu sede del processo e comparsa occasionale di lievi *emoftoe*), l'erroneo apprezzamento dei quali può far supporre una inesistente riacutizzazione, mentre un'esat-

ta interpretazione vale a un tempo a distruggere le apprensioni del paziente e a fornire un solido criterio prognostico per l'evoluzione della guarigione anatomica.

Alessandria, Ospitale militare di Riserva Ghilini.

BIBLIOGRAFIA.

AUFRECHT. Berl. klin. Woch., 1911, 30.
BALINT, cit. da BLÜMEL.
BANDELIER e ROEPKE. *Klinik der Tub.*, Würzburg, 1911.
BLÜMEL. *Die ambul. Ther. der Ltb.*, Berlin-Wien, 1913.
CORNET. *Die Tuberkulose*, Wien, 1907.
CRESCENZI. Beitr. z. klin. Chir., 1910, LXV.
HANSEMANN. Berl. klin. Woch., 1902, 32.
KORANYI, cit. da KUTHY.
KUTHY e WOLFF-EISNER. *Die Prognosenstell. bei der Ltb.*, Berlin-Wien, 1914.
MÖLLER. *Lehrb. der Ltb.*, Wiesbaden, 1910.
PRICE. Edinb. med. Journ., 1905.
STEINER. Zeitschr. f. Tb., 1910, XVI, 2.
TREVISAN. *L'emottisi* (lib. doc.), Milano, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 33
diretto dal capitano medico G. LEONE.

Di una rara forma di successione morbosa dell'infezione malarica

per il dott. FERDINANDO PAOLETTI.

Credo opportuno riferire sopra un caso di successione morbosa dell'infezione malarica, il quale sembrami, e dal punto di vista diagnostico e dal punto di vista terapeutico, il più interessante fra tutti quelli che ho avuto occasione di osservare, durante la stagione epidemica di quest'anno, nell'ospedale da campo n. 33.

Ai primi giorni del settembre, fu inviato nel nostro ospedale, per malaria primitiva ed edemi agli arti inferiori e genitali esterni, tale F... C..., soldato del ... fanteria, dell'età di 29 anni. Si trovava da 3 mesi in Albania.

A dire dell'infermo, agli ultimi giorni del mese di agosto, senza sintomi premonitori, era stato assalito, per cinque giorni di seguito, da accessi febbrili, che s'iniziavano alle prime ore del mattino, con intenso brivido di freddo, e declinavano con sudore dopo quattro-cinque ore circa. Durante ogni singolo accesso aveva sofferto intensa cefalea, dolori articolari e qualche volta aveva presentato lievi epistassi.

Al terzo attacco febbrile egli aveva notato che il collo ed il dorso di ambo i piedi si erano notevolmente tumefatti e questa tumefazione era andata aumentando di volume ed estendendosi successivamente alle gambe, alle coscie ed ai genitali esterni. Curato, all'infermeria del Corpo, con dosi opportune di chinina per via orale ed ipodermica, la temperatura febbrile, al sesto giorno, non si era presentata, ma persistevano le tumefazioni suddette.

L'esame obbiettivo mi dette i dati seguenti: Costituzione generale e sanguificazione discrete; temperatura normale; cuore nei limiti; toni netti e puri su tutti i focolai; polso di frequenza e di ampiezza normale. Nulla di notevole all'apparecchio circolatorio. Addome un po' dolente e dolorabile alla regione ipocondriaca sinistra; fegato lievemente aumentato di volume, un po' dolente. Milza ingrandita, appena palpabile nell'ispirazione profonda; molle e dolente.

L'esame microscopico mi dimostrò presenza del *plasmodium vivax* e dei relativi gameti nel sangue circolante. Mi colpì la tumefazione notevole estesa ad ambo gli arti inferiori ed ai genitali esterni.

L'impronta durevole, che rimaneva sulla pelle di tali regioni alla semplice pressione digitale, dimostrava trattarsi di un esteso edema, il quale per la lassezza della pelle era poi sviluppatissimo ai genitali esterni, specie al prepuzio, dove dava luogo ad una completa fimosi.

Quale significato io dovevo dare a questo edema?

L'edema infiammatorio era da escludersi senz'altro per l'assenza dei comuni sintomi di Celso.

Se la sede poteva per un momento far pensare ad un edema da stasi, il colore dell'edema stesso (bianco) e sopratutto le ottime condizioni fisiologiche del cuore e dei vasi lo facevano escludere.

Nè era da ammettersi un edema cachettico, per le discrete condizioni generali di nutrizione e sanguificazione del soggetto e per l'intensa reazione organica di recente dimostrata all'ematozoario della malaria (febbri alte pochi giorni prima).

Pensai allora che si trattasse di un edema da nefrite, sebbene in questa affezione, l'edema si manifesti prima alle palpebre ed al viso. Ma l'esame microscopico delle orine, ripetuto per varî giorni e ad intervalli varî mi dette costantemente risultato negativo; nè riscontrai albumina con i varî reagenti.

Non mi rimaneva dunque che considerare quegli edemi come una successione morbosa dell'infezione malarica contratta dal soggetto in esame.

È noto infatti che formazione di edemi cutanei si può riscontrare come successione morbosa della malaria, ed il prof. Ascoli li distingue in tre gruppi:

1° Edemi che seguono l'andamento di quelli comuni da stasi, e che si distinguono dagli edemi dei cardiaci, sia perchè manca indizio di lesione valvolare, sia per il modo rapido con cui si stabiliscono e svaniscono. Si verificano questi edemi dopo accessi febbrili piuttosto gravi, e più spesso nei cachettici.

2° Edemi che seguono l'evoluzione di quelli dei nefritici e si accompagnano sempre ad albuminuria e cilindruria più o meno evidenti.

3° Edemi che iniziano localizzati e possono rimanere tali, o si diffondono a tutto il corpo, seguendo un andamento ordinato: in questi ultimi l'esame delle orine o non fa apprezzare alterazioni di sorta, o lieve albuminuria e cilindruria, mai segni chiari e sicuri di flogosi renale.

Nel mio caso clinico, gli edemi osservati potrebbero per la sede soltanto rientrare fra quelli del primo gruppo. Però bisogna scartare questa ipotesi, perchè il mio infermo non era un cachettico, nè aveva presentato accessi gravi di malaria.

E d'altra parte, nel caso nostro il reperto negativo dell'analisi ripetuta dell'orina non faceva pensare a quegli edemi, che, nell'infezione malarica si accompagnano a segni evidenti di nefrite.

Si trattava dunque di quegli edemi, che il professor Ascoli assegna al terzo gruppo.

Mi è noto che in altri rari casi di questo genere l'esame microscopico del sangue ha dato reperto di *plasmodium precox*.

Come ho già detto, nel sangue del mio ammalato trovai invece il *plasmodium vivax*, coi relativi elementi gametici; non escludo però che anche il *plasmodium precox* fosse presente in quel sangue, ad onta dei miei ripetuti esami.

È noto infatti che, dopo un certo tempo dagli accessi febbrili, il *plasmodium precox* s'annida negli ogani interni e con grande difficoltà si riesce a trovare nel sangue circolante.

Concludendo, il mio ammalato era affetto da edema diffuso da malaria, probabilmente dipendente, secondo l'ipotesi del prof. Ascoli, da un accrescimento eccito-secretorio della corrente linfatica, per cause tossiche o vasomotorie, o da un'alterazione della funzione sudorale.

Ho stimato interessante riferire intorno a questo caso clinico anche per la sua rarità, e per la sua notevole importanza dal lato prognostico.

Sottoposto infatti il mio ammalato ad una opportuna cura chininica per via ipodermica e ad una alimentazione solida ed igienica, dopo aver migliorate le condizioni dell'apparecchio digerente, io vidi progressivamente diminuire il vasto edema, fino a scomparire del tutto, in un mese circa.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BILANCIONI, *Metodo semplice per la cura degli ascessi peritonsillari;*

E. BRAVETTA, *Nosografia della spirochetosi itterogena;*

M. CONDORELLI-FRANCAVIGLIA, *Rhabditis pellio nell'urina di un nefritico;*

V. SAVIOZZI, *Sulle ferite penetranti del torace.*

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Nozioni pratiche sulla diagnosi ed il valore dei soffi cardiaci.

(LAUBRY. *Paris médical*, n. 31, 1917).

La quistione dell'attitudine militare dei cardiaci è molto differente dal problema dell'attitudine funzionale del cuore. Non si contano più i cardiaci tolti dal fronte dopo parecchi anni di campagna, spesso per una malattia diversa dalla loro affezione sempre ignorata. Ma le conclusioni, che si possono ritrarre da questi fatti, non valgono in pratica. Non si tratta di constatare che un aortico, un mitralico, una lesione complessa anche, si adatta meglio di una tachicardia parossistica alle fatiche della campagna. Si tratta di sapere se il soldato, che si lamenta del cuore, che accusa dispnea da sforzo, a torto od a ragione, presenta un soffio organico. Nell'affermativa, qualunque sia l'opinione personale del medico, la sua stessa impressione che una riforma è eccessiva, un cambiamento di attribuzioni si impone.

L'A. fu sorpreso dalla quantità di insufficienze mitraliche e sopratutto di stenosi aortiche a lui presentate, delle confusioni che si stabiliscono in riguardo ai soffi anorganici, della insufficienza aortica quasi sistematicamente non diagnosticata. Onde l'esperienza da lui acquistata nel servizio ospitaliero del suo maestro Vaquez si propone in questo studio di applicare alla diagnosi dei soffi cardiaci.

Di tutti i caratteri a questi assegnati, ve ne è uno primo di tutti: il loro momento cioè e la loro durata, nella rivoluzione cardiaca. Importa, in altri termini, localizzare un soffio nel tempo prima che nello spazio. Donde il consiglio di Vaquez di non ascoltare mai un cuore in principio collo stetoscopio, perchè l'orecchio abbraccia più vasta superficie, e di non impiegare l'istrumento che per determinare in seguito il punto massimo del rumore anormale. Metodo che permette anche di fissare il primo tempo non colla palpazione del polso, ma con la sensazione tattile dell'urto della punta.

Soffio diastolico. — Questo inizia col secondo tempo, od immediatamente dopo, finisce immediatamente avanti il primo e occupa tutto il grande silenzio. Un tale soffio è sempre organico, non appartiene che all'insufficienza aortica. I pratici possono ritenere che un soffio diastolico, qualunque sia la sua intensità, il suo timbro, la sua altezza o la sua sede, che abbia il suo massimo alla base, a sinistra od a destra

dello sterno, all'appendice xifoide, alla punta, all'ascella è quasi sicuramente segno di una insufficienza aortica. Certo esistono soffi diastolici anorganici ed a volte una lamina polmonare aderente avanti ai vasi della base può essere la sede di soffi persistenti ed ingannatori.

Veniamo alla quistione del soffio diastolico e della stenosi mitralica. I fenomeni, che rivelano questa lesione, si producono durante la diastole, ma non sono soffi e non meritano a vero dire, il nome di diastolici. Le vibrazioni ampie e lente, che sono prodotte dal passaggio del sangue dall'orecchietta nel ventricolo sotto una debole pressione, producono un rullìo. Non è che sotto lo sforzo attivo e terminale dell'orecchietta ipertrofica, cioè in uno stadio avanzato della stenosi, o nelle atresie inizialmente ristrette, che il rullìo più breve si termina in un soffio presistolico. Contrariamente al soffio della insufficienza aortica, che nasce all'inizio della diastole (soffio protodiastolico), il soffio della stenosi mitralica ha il suo massimo al momento del primo rumore (soffio telediastolico, o presistolico).

Mackenzie ricorda nella stenosi, apparente nel corso della sua evoluzione, un soffio diastolico nascente immediatamente dopo il secondo rumore, e che si udirebbe in vicinanza dell'urto della punta. Molto lieve all'inizio, aumenterebbe di durata sino a riempire tutto il periodo diastolico. L'A. considera questo soffio descritto da Mackenzie come troppo eccezionale.

Soffi sistolici. — I casi semplici, indiscutibili sono dapprima quelli nei quali il soffio, occupante tutta la sistole, è olosistolico. Inizia allora col primo tono, a volte lo ricopre, l'attenua spesso, più raramente lo fa sparire; insorge in seguito con una intensità variabile, cessa col secondo tono.

Questo soffio appartiene sempre ad una lesione valvolare; la sua localizzazione sola può dirne la natura.

Se si può riconoscere che il soffio non occupa che una parte della sistole, si sarà sormontata una prima difficoltà: a tal riguardo Potain distingue tre varietà: soffio protosistolico, soffio mesosistolico e telesistolico; i due ultimi debbono praticamente essere confusi ed hanno lo stesso significato. Basta che l'orecchio avverta fra il primo tono ed il soffio un intervallo di silenzio per affermare non solo il carattere anorganico del soffio, ma ancora la sua origine estracardiaca.

La diagnosi di un soffio protosistolico è più delicata. Può essere organico, malgrado l'integrità del primo tono e quando è anorganico è l'appannaggio dei cuori tachicardici, il cui battito affrettato impedisce veramente ogni localizzazione nel tempo. Spesso in questi casi l'origine di questo soffio anorganico può essere intracardiaca, a patogenesi molto oscura, e la diagnosi deve essere subordinata ai criteri, dei quali ora diremo.

La sede di un soffio, disprezzabile per i soffi diastolici, merita al contrario di essere precisata per uno sistolico, indicando il massimo e la linea di propagazione. Per rendersi conto come questa nuova ascoltazione deve limitare il campo delle difficoltà, non bisogna perdere di vista le tre regioni del cuore indicate da Potain: la regione basale, al davanti dei focolai aortici e polmonari; la regione mesocardiaca, occupante il terzo spazio intercostale sinistro, la quarta costa e la parte sternale corrispondente; la regione apicale.

La regione basale, preinfundibulare a sinistra, preaortica a destra, è la regione di elezione dei soffi estracardiaci, quindi: 1° ogni soffio dubbio, non francamente olosistolico, è anorganico; 2° ogni soffio alla base, che apparisca anche in un cuore tachicardico come olosistolico, se non è seguito da un soffio diastolico, deve essere presunto anorganico. Che cosa indica il soffio olosistolico organico della base? un ristringimento dell'orificio aortico, o polmonare; cioè a dire due lesioni congenite. È quasi impossibile che una affezione attaccante le valvole aortiche determini una atresia limitata all'orificio e rispetti le valvole: ora, queste attaccate, è l'insufficienza che sovraggiunge. È lo stesso per i soffi della regione mesocardiaca. Non ci si deve lasciare imporre nè dalla loro intensità, nè dal loro timbro, e considerarli a tutta prima come anorganici. Il solo soffio organico di questa zona è quello della malattia di Roger. Ma questa affezione congenita è poco frequente, il suo soffio è francamente olosistolico, oltrepassa la linea costosternale, ed alla sua propagazione in senso trasversale si unisce la sua costante propagazione verso i vasi del collo.

La regione apicale è la zona di elezione tanto dei soffi di insufficienza mitralica organica, o funzionale, che dei soffi anorganici, extra od intracardiaci, anemici e tachicardici. Se il momento della comparsa del soffio lascia qualche dubbio, la nozione della sede non ha alcuna utilità: nè l'intensità del soffio, nè il suo massimo, in un punto più o meno ravvicinato alla punta, nè una propagazione ascellare problematica faranno cessare l'esitazione. Occorre al-

lora usare artifizi e fissare le condizioni di apparizione del soffio.

Sotto questo titolo fu descritta tutta una serie di procedimenti destinati a gettare luce sulla natura di un soffio; ma un criterio fondamentale di ascoltazione cardiaca non esiste. Tuttavia, apprezzando con saggezza le condizioni di apparizione di un soffio, domandandogli, per esempio, non la sua scomparsa totale e costante, ma delle modificazioni tali che il suo carattere fondamentale, che è il suo momento di comparsa, si affermi e si precisi, si ottengono spesso risposte soddisfacenti. Un soffio modificato nettamente, sia dalla pressione dello stetoscopio, sia dalle fasi respiratorie è già stato facilmente identificato: molto spesso non è che l'espressione fortuita di una respirazione *saccadée*, ritmica, per azione del cuore. Ma, se si perviene a rallentare il cuore ed a stabilire più esattamente i rapporti dei tempi e dei soffi, se si perviene ad esagerare questi per renderli olosistolici, od a diminuire quelli per farli mesosistolici, si sarà aperta una breccia non disprezzabile nel ristretto dominio dei casi difficili.

Nei soggetti nervosi, impressionabili i soffi di Potain spariscono per poco che si prolunghi l'ascoltazione ed a misura che si attenuano le palpitazioni emotive. Il riposo prolungato agisce nello stesso senso e l'A. non può che lodarsi di aver preso in osservazione giovani soldati, nei quali un primo esame deponeva in favore di una lesione valvolare.

L'influenza della posizione è del pari grande; ma è errore pensare che essa si eserciti sempre nello stesso senso per una stessa categoria di soffi. Un soffio di insufficienza mitralica, appena marcato nella posizione eretta, nettamente protosistolico, occuperà tutte le sistoli nel decubito dorsale; un soffio anorganico non è dubbio che nella posizione eretta; un soffio diastolico, ricercato come complemento necessario di un soffio organico sistolico della base, non si manifesterà che nelle posizioni estreme, a torace fortemente inclinato all'innanzi, od all'indietro. Ma l'inverso può osservarsi anche frequentemente.

La compressione oculare, che in certi soggetti rallenta rapidamente e al massimo il ritmo cardiaco, fu data come un processo di scelta per eliminare i soffi funzionali, che farebbe sicuramente, secondo alcuni, sparire. La sua influenza non è dubbia, ma così poco costante come quella della posizione, come questa alcune volte paradossale, e richiede la stessa prudenza nella interpretazione. La compressione oculare modifica non solo il ritmo, ma anche l'energia della contrazione cardiaca e per essa i rumori anormali sistolici, intracardiaci, subiscono una alterazione, che potrebbe essere utilizzata per la diagnosi. Ora difatti un soffio protosistolico si esagera e diventa olosistolico, ora un rumore mitralico lieve si afferma con nettezza ed ora, al contrario, si nota, come per certi soffi funzionali, una attenuazione, se non la scomparsa del rumore, la cui natura organica riposava su basi indiscutibili.

Al pratico importa conoscere queste contradizioni e queste incertezze, perchè possa compiere, prima di indirizzarsi alla sintesi clinica, l'analisi del sintoma. CIUFFINI.

Frequenza e significato dei soffi diastolici a destra ed a sinistra nell'insufficienza aortica.

(TRÉMOLIÈRES, CAUSSADE e TOUPET. *La Presse médicale*, n. 45, 1917).

I trattati insegnano che il focolaio di ascoltazione dei soffi aortici risiede all'angolo interno del 2° spazio intercostale destro. Alcuni AA. hanno rilevato che il soffio diastolico della insufficienza aortica si ascolta altresì a livello dello sterno, lungo il suo margine sinistro, verso l'appendice xifoide, o nella regione della punta: tuttavia la grande maggioranza dei medici continua a ricercare il soffio unicamente alla destra dello sterno, nel 2° spazio intercostale e questa abitudine è spesso la causa di diagnosi incomplete, od erronee.

Uno studio sistematico, condotto dagli AA., ha loro permesso di constatare che, almeno nella prima metà dell'età adulta, ciò che si ritiene eccezionale risponde al contrario alla maggioranza dei casi: il soffio della insufficienza aortica si ascolta ben più spesso a livello, od a sinistra dello sterno che nel focolaio classico. Su 66 casi studiati, 10 volte soltanto il soffio aveva il suo massimo nel 2° spazio intercostale destro, mentre si ascoltava 26 volte a sinistra dello sterno, 20 sullo sterno stesso, 9 all'appendice xifoide, 1 volta verso la punta. Quando il soffio risiedeva a sinistra era il più spesso avvertito all'angolo interno del 3° o del 2° spazio intercostale, più raramente nel quarto, meno spesso ancora al 5°.

Queste diverse localizzazioni del soffio dell'insufficienza aortica espongono evidentemente ad errori di interpretazione. Spesso si può evitarli coi soli mezzi clinici. Il posto del soffio nella rivoluzione cardiaca, il suo timbro, il senso della sua propagazione dissipano presto le

esitazioni. I sintomi periferici della insufficienza (danza delle arterie carotidi e succlavie, polso scoccante, polso capillare ungueale, doppio soffio crurale, ecc.) suppliscono alla incertezza dei sintomi cardiaci. Ma se nei casi tipici questi sintomi sono al completo, sembra che quando il soffio è di difficile interpretazione essi facciano difetto ed il medico non dispone più che del soffio diastolico, a localizzazione insolita. La radioscopia porta allora alla clinica un aiuto prezioso. L'esame radioscopico, in posizione frontale ed obliquo posteriore, fa costatare l'ipertrofia del ventricolo sinistro, il raddrizzamento del suo contorno, l'elevazione della punta, l'ampiezza esagerata delle pulsazioni aortiche, l'allargamento o la flessuosità del vaso. A questi sintomi si aggiunge, nelle lesioni antiche, la dilatazione delle cavità di destra.

La grande frequenza dei soffi di insufficienza a sinistra si può spiegare coll'anatomia topografica. Skoda ha dimostrato che i soffi sono sempre più forti e più distinti nei punti del torace più vicini alla loro origine. Ora, l'orifizio aortico si proietta sul piastrone sternale secondo una linea obliqua, lunga 21 mm., che, partendo dalla estremità sternale della III cartilagine costale sinistra, si porta in seguito in basso ed in avanti e si arresta sulla linea mediana, in corrispondenza della parte media del terzo spazio intercostale. Le sigmoidi sono immediatamente al di sopra di questa linea. Nei rari casi, in cui si sente il soffio verso la punta del cuore, è probabile che la direzione del soffio dipenda dalla limitazione, o dalla predominanza delle alterazioni ad una delle sigmoidi.

Quanto ai soffi udibili a destra la radiografia ne fornisce la spiegazione. L'esame radiologico di tutti gli aortici ha permesso di raggruppare questi malati in due categorie.

1ª In venti malati l'ipertrofia del ventricolo sinistro è il carattere unico; si tratta allora di cuori aortici propriamente detti, offerenti i caratteri radioscopici classici già enunciati.

È l'aspetto che si osserva nelle insufficienze aortiche pure all'inizio della loro evoluzione e che può persistere più o meno a lungo.

2ª Negli altri alla ipertrofia del ventricolo sinistro è associata una dilatazione, più o meno marcata, delle cavità di destra. A questi due aspetti dell'ombra cardiaca corrispondono due aspetti differenti dell'ombra aortica. Negli aortici puri l'asse dell'aorta resta sensibilmente verticale. Negli aortici, colle cavità destre dilatate, l'asse dell'ombra aortica è obliquo dall'alto al basso e da destra a sinistra.

Questa inclinazione sulla verticale dell'asse dell'aorta sembra dovuto al movimento di basculla, subito dal cuore sotto la influenza della dilatazione del ventricolo destro.

Questo cambiamento di direzione, che può produrre la sola dilatazione delle cavità destre, è assai più accentuato negli aortici, nei quali la parete ventricolare sinistra, ipertrofizzata e di cresciuta consistenza, trasmette più completamente alla base lo spostamento subìto dalla punta. Così l'origine dell'aorta, normalmente situata accanto al bordo sinistro dello sterno, si sposta verso il bordo destro di questo osso, a misura che, accentuandosi la lesione, il cuore compie il descritto movimento, a causa della dilatazione delle cavità di destra. Il soffio diastolico della insufficienza aortica si avvicina adunque, nel corso della evoluzione, al II spazio intercostale destro.

È dunque solo nei casi, nei quali la insufficienza aortica, pervenuta ad uno stadio avanzato della sua evoluzione, si unisce a dilatazione delle cavità destra, che si ode il soffio diastolico a destra dello sterno, nel focolaio classico.

In base alla statistica degli AA. sembra che esista un rapporto fra la sede del soffio e l'età della lesione indicata dalla data della infezione causale: reumatismo articolare acuto il più spesso, scarlattina, ecc.

Difatti nel 70 per cento dei casi le insufficienze aortiche, con soffio a sinistra sono di data recente: nell'80 per cento quelle con soffio a destra sono di data antica. Queste nozioni forniscono senza dubbio la spiegazione del disaccordo che esiste fra i dati classici ed i fatti osservati dagli AA., per ciò che riguarda la sede abituale del soffio. La divergenza non è però che apparente. La formula classica riassume la osservazione abituale di malati nell'età media o al di là, che, vivendo in condizioni normali, non risentono gli effetti della loro cardiopatia altro che nello stadio tardivo di insufficienza e di dilatazione cardiaca. Oggi la guerra riunisce negli Ospedali un gran numero di malati, di giovani il più spesso, la cui lesione cardiaca recente è ben presto rirvelata dalle fatiche eccezionali: facilitata dai processi di esplorazione moderna e sopratutto dalla radioscopia, l'osservazione di questi malati doveva fatalmente condurre alla scoperta di nuove modalità in patologia del cuore.

Può quindi concludersi:

1° Nei giovani è molto più spesso a sinistra dello sterno, nel 3° spazio intercostale, anzichè nel focolaio classico, che occorre ricercare il soffio della insufficienza aortica.

2° L'esame radiologico, che porta sempre alla patologia cardiaca un prezioso aiuto, permetterà, nei casi difficili, di affermare la diagnosi di questa cardiopatia.

P. C.

CHIRURGIA.

L'inefficacia dell'esclusione pilorica per mezzo di bende aponevrotiche.

(HAROLD NEUHOF. *Annals of Surgery*).

Poi che fu dimostrato che l'esclusione del piloro per mezzo di una legatura di seta risultava incompleta o temporanea, si fecero vari tentativi col mezzo di altri materiali. Fra questi l'aponevrosi offriva le migliori probabilità di riuscita, trattandosi di tessuto di grande resistenza e che rimane vitale, dopo un trapianto, per un considerevole periodo di tempo. Nel 1908 Bogoljubow riferiva di aver ottenuto, sperimentalmente, l'occlusione completa del piloro con una legatura fatta con una benderella aponevrotica. L'operazione fu applicata alla patologia umana da Wilms nel 1911 e successivamente da molti altri chirurgi e vennero riportati uniformemente dei successi. Un difficile problema della patologia gastrica sembrava in tal modo risolto. Tuttavia recentemente sono stati descritti, sebbene assai rari, dei risultati poco soddisfacenti, cioè aderenze perigastriche e permeabilità del piloro. Divenne in tal modo interessante stabilire se la base sperimentale del metodo era del tutto esatta.

Nel lavoro di Bogoljubow si nota che il periodo di osservazione più lungo fu di 50 giorni dall'operazione. Nè sostanzialmente maggiore appare negli esperimenti di Protassoff, che confermava i risultati dell'ideatore del metodo. Von Tappeiner, anch'esso pronunciatosi per la esclusività dell'esclusione aponevrotica, eseguiva solo tre operazioni, mentre il suo più lungo periodo di osservazione fu di due mesi, e, infine al *post obitum* risultava che, sebbene a goccia, dell'acqua era capace di passare attraverso il piloro. Affatto recentemente Gibson e Beekman hanno ancora riferito su di una serie di esperimenti eseguiti coi vari metodi di esclusione pilorica. Essi si pronunciano nettamente favorevoli alla esclusione aponevrotica, sebbene solo in un caso questa risultò funzionalmente completa, mentre negli altri essa è definita incompleta (le osservazioni furono fatte per un periodo di tre mesi dall'operazione). Gli Autori concludono che « esisteva indubbiamente un certo grado di stenosi e con tutta probabilità solo una piccola parte del contenuto gastrico poteva passare attraverso il piloro mentre la maggior parte seguiva la via anastomotica gastroenterica ».

Tralasciando i dettagli tecnica l'A. crede sufficiente accennare i due metodi impiegati nelle esperienze da lui condotte. O il piloro venne strettamente legato con una briglia di fascia lata annodata attorno ad esso; ovvero la fascia, tagliata sotto forma di una larga benda, fu suturata serrandola attorno al piloro, e quindi infossata da due o tre piani di sutura. I risultati sono riassunti in una tavola. Da questa si desume che solo una volta, in un esame fatto sei giorni dopo l'operazione, il piloro fu trovato completamente impervio all'acqua. Negli esami praticati ad 1-3 settimane dall'intervento esso di solito fu riscontrato chiuso fino a che la pressione idrostatica nello stomaco non si elevava di troppo. Anche in questo periodo del resto il piloro fu in un caso trovato aperto. La causa di questa (parziale) esclusione osservata a breve distanza dall'operazione sembra poi dipenda piuttosto da aderenze peripiloriche, che generalmente si stabiliscono, che dalla costrizione esercitata dalla briglia aponevrotica. All'esame microscopico la fascia fu trovata bensì aderente alla parete gastrica ma evidentemente distesa, non ostante la sua forza elastica, dalla muscolatura sottostante.

Negli esami *post-mortem*, eseguiti 1-3 mesi dopo l'operazione, il piloro fu trovato o permeabile con una moderata pressione idrostatica o completamente aperto. In quest'ultimo caso la benda aponevrotica era incorporata con la parete gastrica ma costituiva un anello palpabile lassamente adattato intorno al muscolo pilorico: ciò era evidente nelle sezioni microscopiche. Infine a cinque mesi dall'operazione il piloro risultò indiscutibilmente pervio.

In breve l'errore nel lavoro di Bogoljubow e dei suoi continuatori consiste nel breve periodo di osservazione. In realtà solo un'esclusione assai transitoria risulta dalla legatura eseguita per mezzo di benda aponevrotica.

Una questione che si impone naturalmente è la seguente: sarebbe sufficiente un tale tipo di esclusione se il piloro venisse prima schiacciato? Parecchi esperimenti vennero istituiti a questo scopo. In uno, a due mesi dall'operazione, si trovò il piloro chiuso con pressione moderata, ma aperto da una pressione idrostatica considerevole. In tutti gli altri esso fu sempre trovato pervio e senza bisogno di pressione.

Come ultimo tentativo fu eseguita, poche vol-

te, la seguente operazione: Lo stomaco venne aperto vicino al piloro, fu introdotta nell'incisura della garza bagnata con tintura di iodio, con la quale fu energicamente fregata la mucosa pilorica, quindi, suturata l'apertura gastrica, fu applicata la benda aponevrotica costringente. Ma anche qui si ebbe un completo insuccesso.

Prima di terminare l'A. richiama l'attenzione su due morti avute nella sua serie di esperimento, poichè esse sembrano imputabili al disturbato meccanismo, conseguenza dell'esclusione incompleta. Ambedue gli animali deperirono notevolmente e all'autopsia era evidente una ritenzione completa o quasi del contenuto gastrico. In un animale morto un mese dopo l'intervento v'era un'enorme dilatazione gastrica con rotazione anteriore dello stomaco; il tubo intestinale era affatto vuoto; ruotato all'indietro lo stomaco, il suo contenuto sfuggì nel duodeno attraverso il piloro e nell'intestino attraverso l'apertura anastomotica. Il secondo animale morì 5 mesi dopo l'operazione: lo stomaco era notevolmente dilatato, il piloro un poco ristretto ed esisteva un'enorme dilatazione della prima parte del duodeno.

Conclusioni.

1. I dati sperimentali dell'esclusione pilorica per mezzo di briglie aponevrotiche non sono esatti, essendo state fatte le osservazioni a troppo breve distanza dall'intervento.

2. Sperimentalmente a tale metodo non segue una occlusione pilorica permanente.

3. Anche una occlusione temporanea è incerta.

4. E tale occlusione sperimentale è parimente seguita da insuccesso quando si schiacci il piloro o si applichino sulla sua mucosa degli irritanti.

5. La legatura pilorica sperimentale con briglia aponevrotica può riuscire letale, apparentemente per disturbi meccanici susseguenti.

6. L'applicazione clinica di un tale tipo di esclusione resta quindi fondata su basi sperimentali non giuste.

Sebastiani.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(Nostri resoconti particolari)

Società Medica di Parma.

Seduta del 22 *febbraio* 1918.

La prima seduta è stata tenuta quest'anno nell'anfiteatro della R. Clinica medica generale. Dopo la nomina a nuovi soci dei proff. Gabbi, Tusini, Valenti e Foà, fatta per acclamazione, si è svolto il seguente ordine del giorno:

Rilievi critici su alcune questioni di contagiosità e di profilassi nella pertosse.

Prof. O. Cozzolino. — Insiste sul concetto della natura esclusivamente infettiva e contagiosa della pertosse. L'importanza del componente neuropsicogeno è secondaria e può entrare in considerazione solo nei soggetti oltre il 2º anno di vita; l'O. ne dimostra le ragioni. Il fattore neuropsicogeno entra in gioco nella 2ª fase del periodo accessionale, quando cioè è scomparso dalle mucose respiratorie superiori il bacillo specifico. L'O. afferma che la pertosse è contagiosa quando esiste l'elemento infettivo, e cioè soltanto nel primo periodo catarrale; quindi invoca una revisione delle norme vigenti di profilassi scolastica consentendo il ritorno a scuola dei pertossicolosi dopo finita la 4ª settimana del periodo accessionale. L'esperienza clinica dell'O. e l'indagine batteriologica sono in favore di questa tesi.

Della galvanocaustica nella cura della tubercolosi laringea.

Prof. Lasagna. — Riferisce su molti casi di tubercolosi laringea curati colla galvanocaustica. Conclude essere tale metodo da applicarsi nelle forme infiltrative o vegetanti limitate delle corde vocali, nelle forme infiltrative aritenoidee o glottidee limitate, nelle forme ulcero-granulomatose della glottide. Doversi tenere presente nell'uso della galvanocaustica lo stato polmonare e generale.

Della chirurgia del seno laterale.

Prof. Lasagna. — Riferisce su un intervento per tromboflebite del seno laterale. L'ammalata fu sottoposta a legatura della giugulare e poi ad apertura del seno laterale con asportazione del trombo e guarì senza incidenti metastatici. L'A. consiglia di legare la giugulare in tutti quei casi di tromboflebite tipica da mastoidite e di non legare quando esistano fatti pioemici conclamati.

Cura chirurgica dei papillomi laringei.

Prof. Lasagna. — Riferisce di un bambino affetto da papillomi laringei operato una prima volta di tirotomia e asportazione del tumore: una seconda per recidiva di laringostomia senza recidiva. Ha usato in questo secondo intervento l'uso di garza per tampone tenuto per due mesi fino a epitelizzazione.

Dott. A. Rossi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

DIAGNOSTICA.

Diagnosi dell'ulcera duodenale.

S. Fortman (rif. in *Journ. of Am. med. Assoc.* 1 dic.) insiste sull'importanza dell'argomento e si riferisce alla diagnosi che può fare il medico pratico senza aiuti di laboratorio. In quasi tutti i casi dell'A. i sintomi principali sono stati il notevole deperimento e la nervosità. La presenza di sangue nel vomito e nelle feci può confermare la diagnosi, rendendo superflua la radiografia. Per questo esame occorre prima sospendere il vitto carneo per 8-10 giorni; lo svantaggio però dei metodi di ricerca è quello di essere eccessivamente sensibili e di presentare quindi troppe cause d'errore. I reperti negativi ottenuti parecchie volte, con una tecnica scrupolosa possono escludere la presenza di ulcera.

Nell'ulcera duodenale si nota di solito iperacidità: può però osservarsi anche anacidità, o delle variazioni nella quantità di acido. Quando non si possa ottenere il succo gastrico, si ricorrerà alla prova del filo.

L'A. ha sempre riscontrato nei suoi casi il dolore da fame, il dolore notturno e la periodicità dei dolori, che si diffondono verso destra nella regione epatica e posteriormente. Il punto sensibile si trova a 2-3 dita trasverse a destra della linea mediana; in uno dei casi dell'A. però si trovava a sinistra di detta linea. Talvolta un secondo punto di dolorabilità alla pressione si trova all'estremità della dodicesima costola.

Uno dei pazienti dell'A. non aveva posto attenzione ai dolori, che erano piuttosto lievi, fino a che scoprì il sangue nelle feci.

Il vomito sanguigno può verificarsi, sia nell'ulcera gastrica che nella duodenale. L'età avanzata non sempre depone a favore del cancro; uno dei pazienti dell'A. aveva 63 anni.

Un altro paziente dell'A. aveva avuto sintomi tipici di ulcera duodenale per sei anni e mezzo, senza che vi fossero mai sintomi di gastrectasia; l'operazione fatta in seguito a grave emorragia, dimostrò che l'ulcera risiedeva nel piloro. In un altro i sintomi tipici durarono per lo stesso periodo di tempo, mentre la radiografia e la ricerca del sangue nelle feci avevano dato risultato negativo. Si tratta, dice l'A., di ulcera duodenale neurastenica, a cui si dovrebbe anzi por mente in quanto che è probabile che si vada in seguito verificando più spesso, man mano la conoscenza della sintomatologia dell'ulcera duodenale viene diffondendosi tra i profani. FIL.

TERAPIA.

Diuretici.

Indicazioni. — Disidratazione nell'anasarca (malattie cardiache, epatiche, renali), nei trasudati, negli essudati. Come lavaggio dell'organismo negli avvelenamenti sia esogeni che endogeni (uremia) quando l'avvelenamento sia determinato da sostanze eliminabili per i reni. Per il lavaggio delle vie urinarie nelle suppurazioni, nella tendenza al deposito di sostanze minerali; per diluire l'urina nelle infiammazioni o lesioni delle vie urinarie e quindi attenuare i dolori determinati dall'azione irritante dell'urina; per allontanare piccoli depositi nei canalicoli urinari.

I diuretici si distinguono in tre grandi gruppi:

a) quelli che agiscono meccanicamente;

b) quelli che agiscono sottraendo acqua ai tessuti;

c) quelli la cui azione si esplica elettivamente sul rene.

Nel primo gruppo si comprende la semplice introduzione di forti quantità d'acqua sia per via orale o per via ipodermica (soluzione fisiologica o liquido di Ringer) o per via rettale.

Collo stesso meccanismo agiscono le bevande alcooliche spumanti, e in grado minimo anche il kefir e tutte le bevande acide.

Nel secondo gruppo si comprendono specialmente i diuretici salini: sale da cucina, carbonati e bicarbonati alcalini, il nitrato di sodio o di potassio e l'acetato di potassio. Una buona formula per la somministrazione è la seguente:

Acetato di potassio al 33 %, gr. 30; olio di prezzemolo gr. due; acqua distillata fino a 200 gr.; 3-4 cucchiai al giorno.

L'urea pura in dose di 10-20 gr. in soluzione è un buon diuretico per l'acqua ed il cloruro sodico, specialmente nelle malattie renali, cardiache ed epatiche.

Nel gruppo dei diuretici che hanno un'azione elettiva sui reni abbiamo la caffeina, la teobromina, la teocina ed il calomelano. La loro azione consiste in uno stimolo elettivo sugli epiteli dei glomeruli e forse anche dei tubuli, e in una dilatazione dei vasi renali.

Buone ricette sono:

Teobromina gr. 10; Acqua di menta piperita 200; 4 cucchiai al giorno.

Teobromina gr. 0,5; Polvere di foglie di digitale 0,1; Carta una e simili 8; 4-5 al giorno.

È meglio evitare colla teobromina le sostanze acide, perchè può decomporsi.

Derivati della teobromina sono l'agurina, la tesforina, la teolattina, la barutina.

La teocina può determinare disturbi gastrici: è opportuno somministrarla diluita dopo i pasti. Il calomelano si associa anche con efficacia alla digitale.

Altri diuretici sono il succo di ginepro, il decotto di salsapariglia composto: come regolatore della pressione sanguigna va citata la digitale, che ha importanza capitale nel provocare la diuresi. *ini.*

NOTE DI TECNICA.

Sul contapannilini nelle laparotomie.

C. A. Guelmi (*Clinica Ostetrica*, 28 febbr.) fa qualche osservazione all'articolo del prof. De Gaetano pubblicato nel nostro giornale (1917, n. 51).

Egli è convinto che con un po' di attenzione e di avvedutezza si può scongiurare il pericolo di lasciare qualche pannilino nella cavità addominale, mentre anche la numerazione non può dare una garanzia assoluta.

Quanto alla asepsi, l'A. ritiene che, in ambiente adeguato, essa non offre incertezze.

L'A. propone poi di abbandonare l'uso dei *klemmer* per la fissazione dell'imbottitura alla cavità addominale; tali strumenti hanno l'inconveniente di traumatizzare i tessuti e di molestare l'operatore e l'aiuto. Essi dovrebbero venir sostenuti da catenelle lunghe una cinquantina di centimetri, attaccate da un lato al pannilino con una morsa da presa, e portanti dall'altro un piombino. Tali catenelle, sterilizzate con i pannilini, seguono, nell'applicazione di questi, la curvatura della parete esterna dell'addome, cadendo, per effetto del peso terminale, sul tavolo o sospese nel vuoto. Esse sono state trovate dall'A. molto utili.

I. P.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La patogenesi del morbo di Hodgkin.

L'eziologia del m. di Hodgkin è tuttora oscura, e la teoria di Bunting e Yates, con il loro *Corynebacterium granulomatosis maligni* è ben lungi dall'essere accettata universalmente. È un fatto che questa malattia presenta da un lato molte caratteristiche di un processo infiammatorio, dall'altro quelle di neoplasmi; del resto la presenza di noduli nella milza, fegato, ossa, ecc. fa propendere verso l'idea di metastasi di tumori.

Recentemente Symmers (*Archives of Int. Medicine* e *Med. Record*, 22 dic. 1917) ha emesso una nuova interpretazione basata su numerose osservazioni. Le alterazioni istologiche, dei noduli linfatici, milza, ecc., appaiono come un processo sistematizzato, con molti focolai dovuti ad una sola causa. Il morbo di Hodgkin ha una caratteristica propria e non è della natura nè di un granuloma infettivo, nè di una linfosarcomatosi sistematizzata.

Il tipo irregolare della curva termica è dovuto all'assorbimento di prodotti della necrosi.

L'A. non arrischia alcuna ipotesi sulla natura dell'agente; ma dice che, qualunque esso sia, provoca modificazioni iperplastiche nel tessuto linfoide ed inizia dei cambiamenti nel midollo osseo, caratterizzato da proliferazione di cellule mononucleari non granulose di tipo linfocitico di eosinofili e mielociti eosinofili. Queste cellule vengono dalla corrente sanguigna depositate nei noduli linfatici dove esse provocano delle proliferazioni fibrose che rappresentano unicamente la reazione locale a tale processo. Analogamente avviene per il sistema linfoide del fegato, reni, ecc.; la sostanza tossica è pure responsabile dei disturbi a carico del midollo osseo e per la trasformazione mieloidi dei noduli linfatici. I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(934) Al dott. A. S., Zona di guerra:

Fra le riviste nostrane ricordiamo l'*Archivio italiano di otologia* diretto dal Gradenigo (Clinica otoiatrica di Napoli); il *Bollettino delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso*, del Grazzi (Borgo de' Greci, 10, Firenze); gli *Archivi italiani di laringologia*, fondati dal compianto Massei (piazza Municipio, 4, Napoli).

In Francia le migliori riviste sono gli *Archives* dello Chauveau e gli *Annales*, attualmente sospesi (Masson, éd., Paris). Un manuale, abbastanza esteso, è quello di Lannois, nella collezione Testut (*Précis des maladies du larynx, du nez et des oreilles*); opere maggiori riguardano singole parti della specialità, oppure dati capitoli di tecnica. BILANCIONI.

VARIA.

Azioni tossiche dei proiettili.

Il piombo e l'antimonio usati per la fabbricazione dei proiettili contengono 1-3 % di arsenico. L. Lewin (*Münchener Medizin. Wochenschrift*) ha fatto delle esperienze per controllare se tale arsenico potesse esercitare qualche azione tossica.

L'arsenico non può venire liberato dai succhi gastrici, ma solo dai succhi alcalini dei tessuti; anche in tal caso però esso viene eliminato senza determinare intossicazione. Il pericolo presentato dal piombo è invece più importante e serio; tale metallo è solubile nei liquidi dell'organismo e nei grassi e può provocare fenomeni di avvelenamento, in specie da parte del sistema nervoso. FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

L. HUOT et P. VOIVENEL. *Le courage*. F. Alcan, Parigi. Prezzo L. 3.50.

È un lavoro che rivela nei due medici militari, che l'hanno scritto, un acuto spirito di osservazione, una profonda cultura medica, filosofica e sociologica.

Con una forma veramente elegante e chiara gli autori affrontano i più intrigati problemi psicologici. Uno dei capitoli più interessanti è quello che riguarda la biologia e la psicogenia del coraggio. Ma dove più si rivela il loro spirito di osservazione è nella trattazione della paura e l'anatomia del coraggio.

La descrizione dei fatti psico-nervosi durante la battaglia costituisce un capitolo veramente nuovo della psicologia militare. La loro teoria del potenziale nervoso, l'applicazione pratica che ne fanno, questa specie di ritmo che va dalla tumescenza alla detumescenza passando per l'ebbrezza emotiva e giungendo allo spossamento dei nervi più che dei muscoli, trova nei fatti osservati su tutti i campi di battaglia una riprova completa e va convenientemente apprezzata ed utilizzata dai capi militari. La lettura di questo capitolo desta una impressione tragica.

Le courage è un libro completo e vivente. È una mescolanza di poesia e di scienza. La prima qualche volta tenta sopraffare ma ben presto l'altra insorge a ristabilire l'equilibrio. Qua e là spunta qualche traccia di chauvinismo e di particolarismo patriottico, ma è ben presto soffocato dalle giuste esigenze della scienza e della realtà. Medicina, psicologia, storia militare, conoscenza dei grandi autori si confondono in modo da formare un insieme che interessa, appassiona, conquide. DR.

M. DIDE. *Les émotions et la guerre*. Editore F. Alcan, Parigi. Prezzo L. 5.00.

La letteratura sui fenomeni psicologici determinati dalla guerra dentro e fuori le file dell'esercito va arricchendosi ogni giorno più di nuove pubblicazioni. Questo del Dide è un notevole contributo a tali conoscenze che hanno non solo un valore teorico ma un interesse pratico in quanto possono costituire una norma per i capi militari ed i dirigenti politici. Buona parte del libro è dedicata ai disturbi nervosi organici e funzionali che la guerra nelle sue varie manifestazioni induce nei combattimenti, ed al loro trattamento. *a. a.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

OTTOLENGHI R. Ricerche sul tifo esantematico. — Genova, 1914.

LEVI ETTORE. La legge per la protezione degli invalidi di guerra. Della necessità di una più efficace ed estesa propaganda dell'opera di assistenza agli invalidi di guerra. Dell'assistenza presente e futura dei nostri reduci del tutto inabilitati a qualunque forma di lavoro. — Roma, 1917.

SPIRITO FRANCESCO. Contributo alla sieroterapia antimeningococcica. — Napoli, 1916.

GHIRLANDA ERMINIO. L'iperemia attiva nella cura dei congelamenti. — Milano, 1916.

American Committee for War Relief in Florence. Reports of the management of the American Hospital for Italian Soldiers for the year ending October 31 *st* 1916. — Firenze, 1916.

CAVINA GIOVANNI. Le ferite d'arma da fuoco penetranti del ginocchio. — Bologna, 1916.

RONCHETTI VITTORIO. Nuovi casi di infestione da taenia nana. — Milano, 1916.

BILANCIONI GUGLIELMO. La dentatura nel morbo di Hajani-Basedow. — Roma, 1916.

GIORDANO D. Guerra e chirurgia. Conferenza fatta all'Ateneo Veneto il 14 gennaio 1917. — Venezia, 1917.

MASSALONGO R. Polinevrite acuta a forma béribérica. Contributo ad una teoria degli ormoni alimentari. — Napoli, 1916.

MARTIN LOUIS et PETTIT AUGUSTE. Trois cas de spirochétose ictéro-hemorragique en France — Paris, 1916.

PIERUCCI GOFFREDO. Su di un caso abbastanza raro di penetrazione di proiettile nel ventricolo destro del cuore, con permanenza in esso bene tollerata, e constatata in vita con l'esame radiologico — Napoli, 1916.

AUSTONI AMATORE. Relazione clinico-statistica dei militari ammalati e feriti curati dal maggio a tutto novembre 1915 nella Clinica chirurgica di Padova diretta dal prof. E. Bassini. — Roma, 1916.

GASPERINI GUSTAVO. Cause ed effetti della ferrogenesi con speciale riguardo agli acquedotti ed all'inquinamento da Crenothrix Kühniana. — Perugia, 1915.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per i militari tubercolotici riformati.

Il giorno 4 corrente è stato firmato un Decreto Luogotenenziale contenente provvedimenti a favore dei militari riformati per tubercolosi pulmonare.

Il decreto, che è adottato su proposta del Presidente del Consiglio on. Orlando di concerto con i Ministri della guerra, della marina, dell'assistenza militare e pensioni di guerra e del tesoro, contiene le seguenti disposizioni:

Art. 1. — Per la durata della guerra e per tre anni successivi alla pubblicazione della pace, lo Stato concorrerà nei modi indicati negli articoli seguenti, alle spese di assistenza, negli appositi istituti di cura, dei riformati dal servizio militare per tubercolosi pulmonare, ai quali non debba provvedere l'Opera Nazionale per gli invalidi della guerra a termini della legge 25 marzo 1917 n. 481, e che per le loro condizioni economiche non possano sostenere in tutto o in parte la spesa di spedalità.

Art. 2. — Salva la competenza passiva delle spese relative, come viene stabilita negli articoli seguenti, l'accoglimento in cura dei riformati dal servizio militare per tubercolosi pulmonare può essere fatto, oltre che negli istituti civili di tipo sanatorale ed ospedaliero, anche negli altri consimili allestiti dalle amministrazioni militari e dalla Croce Rossa, per i quali non ostino speciali ragioni di servizio.

Le norme di ammissione sono stabilite dal Ministro dell'interno, di concerto con i ministri della guerra e della marina per gli istituti da essi dipendenti.

Art. 3. — Tutte le istituzioni pubbliche, che hanno per scopo la cura degli infermi, quando abbiano posti disponibili in appositi luoghi o sezioni ospedaliere, hanno l'obbligo di accogliere e curare i riformati per tubercolosi pulmonare anche se questi non abbiano il domicilio di soccorso nel territorio al quale estendono la loro azione a' sensi delle norme statutarie.

In mancanza di appositi luoghi o sezioni ospedaliere, o nella insufficienza di quelli esistenti, ed all'infuori degli impianti che saranno apprestati dalle amministrazioni militari e dalla Croce Rossa, sia isolatamente, sia col concorso del Ministero dell'interno, le istituzioni anzidette devono provvedere per l'allestimento di speciali reparti per il ricovero e la cura di tubercolosi.

L'obbligo è dichiarato dal Prefetto, intesa la amministrazione interessata e sentito il medico provinciale.

Contro il provvedimento del Prefetto è ammesso entro trenta giorni ricorso al Ministero dell'Interno che decide definitivamente.

In caso di rifiuto o di ritardo, il Prefetto provvede di ufficio.

In ogni caso le Istituzioni hanno diritto ai beneficii accordati dal decreto luogotenenziale 26 luglio 1917, n. 1231, la concessione dei quali può anche essere promossa di ufficio dal Prefetto.

Art. 4. — Il contributo, di cui all'art. 1, viene corrisposto agli istituti indicati negli articoli precedenti, nella misura massima di lire cinque per ogni giornata di presenza.

Con apposite convenzioni da stipularsi tra il Ministero dell'Interno e gli istituti suddetti, sono stabilite le condizioni per il trattamento da usarsi ai tubercolosi ricoverandi e la retta giornaliera da corrispondersi, la quale, per gli ospedali di istituzioni pubbliche di beneficenza, non può superare di più del quarto quella per i malati comuni ricoverati di autorità nei reparti di medicina di ciascuna istituzione, ai sensi dell'art. 79 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 sulle istituzioni pubbliche di beneficenza.

Le somme inscritte nei bilanci delle provincie, dei comuni e di ogni altro ente pubblico, per la profilassi e la cura della tubercolosi, non potranno per qualsiasi motivo essere diminuite e dovranno essere impiegate per questi scopi nei modi che verranno stabiliti dal Comitato provinciale di cui all'art. 6, di accordo con gli Enti stessi.

Art. 5. — Il contributo è per metà a carico del Ministero della Guerra o di quello della Marina a seconda che il riformato dal servizio militare per tubercolosi pulmonare, cui la quota viene attribuita, provenga dal R. Esercito ovvero dalla Regia Marina.

Con decreti del Ministero del Tesoro verranno introdotte nei diversi bilanci le variazioni dipendenti dal presente Decreto e saranno altresì stanziate le maggiori somme occorrenti per l'esecuzione del decreto stesso nella misura massima di lire 2.000.000 per ciascun esercizio finanziario.

Art. 6. — In ogni provincia è istituito un Comitato provinciale antitubercolare, presieduto dal Prefetto.

Il Comitato provinciale:

a) promuove la istituzione ed il funzionamento dei congegni antitubercolari necessarii ai bisogni locali della profilassi e cura della malattia, in applicazione del Decreto Luogotenenziale 26 luglio 1917, n. 1231;

b) veglia alla protezione ed all'assistenza sanitaria e sociale dei tubercolosi, con speciale riguardo ai riformati dal servizio militare, curando che siano rivolte a loro favore le risorse delle istituzioni locali che hanno per fine la prevenzione e la cura della malattia;

c) coordina e disciplina, in un armonico programma di propaganda e di azione, le attività ed iniziative delle istituzioni antitubercolari pubbliche e private della provincia, anche nei rapporti con gli uffici sanitari comunali, con gli enti locali di beneficenza, nonchè coi congegni militari di prevenzione e di cura della tubercolosi.

Le norme per la costituzione ed il funzionamento del Comitato per ciascuna provincia sono stabilite dal Ministro dell'Interno di concerto con i Ministri della Guerra, della Marina e dell'assi-

stenza militare e delle pensioni di guerra per i rapporti coi servizi di loro rispettiva dipendenza.

Art. 7. — Durante la degenza negli istituti di cura dei riformati tubercolosi di cui all'art. 1, è corrisposto alle loro famiglie un soccorso giornaliero nella misura stabilita dal Decreto Luogotenenziale 29 luglio 1917, n. 1199.

Art. 8. — Il presente decreto avrà vigore dal giorno della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno.

Ordiniamo che il presente decreto, ecc.

MEDICINA SOCIALE.

Per l'assistenza infermiera.

Mai, come in questi ultimi tempi, il nome di Florence Nightingale è ricorso più frequente nei nostri periodici e nei nostri giornali politici. La riformatrice dell'assistenza infermiera, colei che per prima intuì la necessità di porre la questione dell'assistenza al malato su nuove basi, di costituire una speciale coscienza, uno speciale orientamento psichico e mentale in tutti coloro che volessero dedicarsi all'opera altamente umanitaria dell'assistenza degli infermi, è oggi più che mai d'attualità, ha oggi come non mai diritto alla ammirazione del pubblico.

L'esperienza ha dimostrato come l'assistenza infermiera mercenaria, e purtroppo non soltanto mercenaria, come l'assistenza fatta da corporazioni le quali ripetevano la loro origine più da motivi confessionali che non da alti sentimenti di fratellanza sociale, non rispondessero ormai più alle attuali esigenze del progresso scientifico, alle necessità del momento storico che viviamo.

La guerra, con tutto il suo complesso cortèggio di dolori e di sacrifici, ha contribuito a mettere ancor più in evidenza uno stato di cose che i competenti a gran voce andavano da tempo denunziando, una serie di deficienze che male ormai si accordavano con le civili vedute del tempo nostro.

La riforma era necessaria e assolutamente indilazionabile, ma riforma sapiente, completa, riforma che non risentisse i caratteri dell'improvvisazione, ma che avesse indiscutibile il merito di rappresentare il frutto di studi, di osservazioni, di ricerche compiute da un gruppo di competenti.

Troppo spesso si è lamentato il fenomeno del provvedimento preso senza un'esatta conoscenza del danno, del provvedimento per il quale erano necessari più tardi aggiunte e ritocchi, pezze e rammendi.

Un decreto che S. E. l'on. Orlando ha, su proposta della Direzione Generale della Sanità Pubblica, in questi giorni emanato, rappresenta il principio di un lavoro organico e serio, il mezzo diretto ad avviare ad una pratica soluzione uno dei problemi più ardui dei tempi nuovi.

Col decreto dell'8 aprile il Ministero dell'Interno nomina all'uopo una commissione costituita dai signori: S. E. Pietro Bertolini, presidente, e membri il comm. Alberto Lutrario, direttore Generale della Sanità Pubblica, il dott. Alberto Pironti, Direttore generale dell'Amministrazione Civile, il dottor Francesco Della Valle, Direttore Generale di Sanità Militare, il dott. Giuseppe Brezzi, Direttore Generale della Croce Rossa italiana, il professor dott. Vittorio Ascoli, insegnante di Clinica Medica nella Regia Università di Roma, il dottor Alfredo Lusignoli, il prof. Alfredo Ronzani Direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano e il comm. Melchiorre Zagarese Ispettore generale dell'istruzione industriale presso il Ministero dell'Industria, il Commercio e il Lavoro. S.

SERVIZI SANITARI.

Ambulanze chirurgiche d'armata.

Ambulanza oculistica d'armata "Poeti Americani"

Gli avvenimenti svoltisi sul nostro fronte hanno dimostrato la necessità di modificare il servizio di consulenza oculistica, colla creazione di uno speciale congegno sanitario, che ne aumentasse l'efficienza, così che fosse possibile portare rapidamente il soccorso oculistico là dove il bisogno lo avesse maggiormente richiesto.

Dopo minuto studio dell'interessante problema, il Ministero della Guerra stabilì la costituzione di una ambulanza oculistica mobile.

Questa ambulanza venne allestita completamente dalla Direzione di sanità militare, e specialmente per cura del maggiore dott. Balestra. Le spese di allestimento furono sostenute dal Comitato delle ambulanze dei Poeti americani, rappresentato in Italia dal signor Armand H. Nelson Gay: e l'ambulanza stessa è perciò un altro magnifico dono di detto Comitato al nostro esercito.

L'ambulanza oculistica mobile è costituita da quattro autoveicoli.

Il più importante di questi è un autocarro Fiat 15 Ter, la cui carrozzeria venne ideata e costruita nell'officina delle ambulanze chirurgiche d'armata in Bologna, diretta dal prof. maggiore Busi, in modo da potersi facilmente e rapidamente, mediante pareti mobili di legno, aprire e trasformare in una saletta operatoria lunga m. 3,37, larga m. 2,50, alta m. 2,60, con numerose finestre a vetri, provviste internamente ed esternamente di tendine.

La saletta operatoria è internamente verniciata di bianco a smalto con zoccolo verde, il pavimento è in parte ricoperto di un tappeto di gomma, essa è in pari tempo dotata di luce elettrica e di acetilene, di acqua calda e fredda fornita ad un lavabo interno, smontabile, da due recipienti applicati su di una delle pareti esterne.

Il tetto della saletta operatoria è esternamente ricoperto di un cappuccio di tela impermeabile.

Al davanti dell'ingresso della saletta operato-

ria si può montare un'ampia tenda, pure di tela impermeabile, le cui dimensioni sono le seguenti: lunghezza m. 3, larghezza m. 3,37, altezza media.

Una portiera in tela può venire tirata lungo l'interno della tenda nel suo mezzo e dividerla in due vani: di cui l'uno serve per l'accettazione dei feriti e per l'accesso alla camera operatoria a cui si sale mediante una comoda scaletta; l'altro per un momentaneo ricovero di feriti e per esami radiologici ed oftalmoscopici: difatti quest'ultimo ambiente può alla sua volta rapidamente trasformarsi in una cameretta completamente oscura, mediante una cella di stoffa nera, che si apre e si richiude secondo il bisogno.

Anche i due vani predetti possono essere illuminati a luce elettrica, la quale viene fornita da una batteria di accumulatori di sei elementi (12 V.).

A saletta operatoria montata e a tenda spiegata, rimane disponibile, sotto il pavimento di una parte della saletta, uno spazio ben chiuso, che può utilizzarsi come ampio ripostiglio.

L'arredamento della saletta operatoria è costituito da un letto chirurgico in ferro, da due tavolini a due piani, da un tavolo girevole per ferri chirurgici, il tutto verniciato a smalto bianco.

La dotazione di ferri chirurgici è sufficiente per ogni esigenza della specialità. Esistono ancora due piccole ebollitrici, una cassetta metallica per ferri chirurgici, un porta colliri, ecc.

L'unità è stata fornita anche di una potente *elettrocalamita,* che viene messa in attività dagli accumulatori che servono per la luce, la carica dei quali è effettuata da una piccola dinamo applicata al motore di uno degli altri autoveicoli. La dinamo può, al bisogno, fornire direttamente alla saletta operatoria, mediante un cavetto elettrico, l'elettricità necessaria sia per la luce, sia per altri scopi.

Finalmente, due cassette metalliche sono montabili al di fuori dei finestrini che si aprono sulla parete anteriore del camion, e possono contenere le ebollitrici in funzione o qualsivoglia materiale per operazioni.

A saletta smontata e a tenda ripiegata, tutte le parti costitutive di questa unità possono trovare posto nel camion stesso, il quale, ricostituito, ha dimensioni che non oltrepassano quelle prescritte per il trasporto in ferrovia, e ha la sagoma di un furgoncino 15 Ter comune.

L'autocarro chirurgico in marcia è ricoperto da una tela impermeabile.

Il tempo che si impiega nella trasformazione del camion in saletta operatoria, nello spiegamento della tenda, nell'arredamento completo di questa unità, è al massimo di un'ora e mezzo; ma lo smontamento può essere più breve.

Gli altri tre autoveicoli che costituiscono l'ambulanza oculistica mobile sono, secondo le disposizioni del Ministero della guerra, i seguenti: un'autoambulanza Fiat tipo 2 a quattro barelle per trasporto dei feriti; un furgoncino tipo 2 Fiat, il cui interno venne opportunamente modificato per vari usi: come ufficio, ad unità impiantata, come trasporto d'uomini e di materiale, ad unità in marcia; un'automobile Ford per il trasporto degli ufficiali dell'ambulanza e per il servizio di consulenza.

Annessa all'ambulanza oculistica è anche un'ambulanza radiologica completa.

Così costituita, l'ambulanza oculistica, potendo rapidamente dislocarsi e impiantarsi, avrà modo, durante un'azione, di portarsi coi propri mezzi sul posto dell'azione stessa, appoggiandosi ad una unità sanitaria ivi esistente, potrà esaminare ed eventualmente operare i feriti oculari bisognevoli di un soccorso urgente, provvedere al loro trasporto se necessario o al loro ricovero, tenere esatta nota della loro dislocazione, di guisa che essi possano, se del caso, essere riveduti nei giorni seguenti.

La direzione di questa nuova unità sanitaria è stata affidata al prof. Alfonso Neuschüler, oculista consulente d'armata, che la ideò. La nuova ambulanza d'armata è già in viaggio per il fronte.

A. S.

Cronaca del movimento professionale.

Ordine dei medici della provincia di Roma. — In questi giorni si è riunito il Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Dopo la commemorazione dei colleghi recentemente defunti, dottori Crida Cesare, Ludovisi Romeo, Montuori Adolfo e Pelizzari Filippo, il Consiglio si è occupato delle riunioni della Commissione Provinciale per gli esoneri dei medici, di una questione tra un collega iscritto nell'Albo ed un collega profugo dalle terre invase, e della formazione di una Commissione di studio e di inchiesta deliberata dall'ultima Assemblea Generale.

Si è poi discusso sulla questione dei medicinali, sollevata dal prof. Ferreri con un suo articolo pubblicato in un giornale cittadino, questione che già in precedenza era stata oggetto di attenzione da parte del Consiglio. E a proposito di medicinali, si deliberava di intensificare l'opera dell'Ordine per far cessare il deplorevole abuso della vendita, più o meno clandestina, di rimedi eroici nelle farmacie notturne, vendita denunciata dal Consiglio alle competenti autorità fin dal 1916.

Preoccupandosi delle condizioni attuali di vita cui debbono sottostare anche i medici, il Consiglio ha approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma, tenuto presente l'enorme rincaro della vita e l'aumento del costo dei mezzi di trasporto; considerato che tutte le categorie di impiegati hanno giustamente ottenuto un ragionevole aumento di stipendio, e che dalle competenti autorità si è ritenuto necessario di accrescere gli onorari di altri liberi professionisti; invita i medici iscritti nell'Albo ad elevare in congrua misura l'onorario delle loro prestazioni, e a ripetere, per ogni visita medica ordinaria, un compenso non inferiore a lire cinque ».

Ha poi deliberato la cancellazione dall'Albo dei seguenti dottori: D'Arienzo Giovanni, per l'art. 5, comma *b,* del Regolamento 12 agosto 1911, n. 1022;

Fleischl Marzow Ottone, Ohle Rudolf Friedrich e Ullmann Isidoro, perchè sudditi di Stati nemici; Braude Giuseppe, Douglas Reginaldo e Flack Arthur per l'art. 38 del predetto Regolamento; Melis Giuseppino, Rinaldi Achille e Vespasiani Vespasiano per cessazione di esercizio.

Infine, accogliendo la premure dell'Associazione Sanitaria Milanese per la resistenza interna, il Consiglio ha approvato un ordine del giorno col quale, dichiarandosi lieto ed orgoglioso di affermare che sempre la classe sanitaria romana si è dimostrata, col suo contegno, pronta a dare le più alte prove di patriottismo, aderisce al nobile scopo che si è proposto l'Associazione predetta.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

7230) *Aumento di stipendio.* — Dott. T. D. G. da S. M. a M. — Valga per Lei la risposta data al n. 7229, trattandosi di identico quesito.

(7231) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. B. da S. A. in G. — Appena il Consiglio Comunale lo avrà deliberato e la relativa deliberazione sarà approvata dalla autorità tutoria Ella potrà riscuotere l'aumento di stipendio che potrà essere del medesimo ammontare fissato per gli impiegati dello Stato e potrà essere anche minore. L'aumento sarebbe concesso sul solo stipendio.

(7232) *Aumento di stipendio.* — Dott. P. G. da C. — Valga per Lei la risposta data al n. 7229, trattandosi di identico quesito.

(7234) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 3661. — La differenza di stipendio fra quello civile e quello militare sono i Comuni tenuti a corrispondere solamente ai medici condotti titolari chiamati sotto le armi e non anche agli interini, cioè a coloro che si trovano in carica senza aver sostenuto e vinto il relativo concorso.

(7235) *Certificati di sana costituzione fisica per emigrazione.* — Dott. G. V. da A. S. — Per coloro che si trovano inscritti nello elenco dei poveri e si recano all'estero a scopo di lavoro è gratuito il rilascio di tutti i certificati sanitari richiesti. Per gli altri, l'ufficiale sanitario deve essere ricompensato non essendo il certificato richiesto nell'interesse generale, ma bensì solo in quello privato dello emigrante, che senza di esso non può ottenere il prescritto nulla osta.

(7236) *Pensioni.* — Dott. G. S. da A. — Nel quesito non è indicato se Ella abbia prestato servizio utile per la pensione che possa essere riscattato perchè di data anteriore al 1889. Calcolando, quindi, che il servizio utile decorra solo dal 1909, epoca in cui ha aderito alla Cassa, potrà chiedere la pensione non prima del 1933 e liquiderà lire 3000 annue.

(7237) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. F. da P. R. — Gli aumenti di cui è cenno nel D. L. del 10 febbraio ultimo, N. 107, non riflettono l'indennità cavalcatura e l'assegno di ufficiale sanitario. Possono essere concessi in aumento anche della quota sessennale se così stabilirà il Consiglio Comunale quando sarà chiamato a deliberare sull'argomento.

(7238). *Medico condotto ed assimilato - Competenze.* — Dott. A. C. da P. d. C. — Nella sostituzione di un collega in servizio di condotta non si ha diritto per legge a riscuotere l'intiero stipendio che era corrisposto al sanitario assente. Il compenso per tale supplenza deve essere pattuito con l'amministrazione municipale prima di intraprendere il servizio e può, a seconda dei casi, essere minore, eguale od anche maggiore di quello che si corrispondeva all'altro. Essendo assimilato, non si possono cumulare i tre stipendi. Si ha diritto a percepire lo stipendio maggiore ed avere, se è il caso, dal Comune la differenza fra quello militare e quello civile, sempre che il primo sia di minore entità del secondo.

(7239). *Servizio militare volontario - Obblighi contrattuali - Effetti.* — Dott. Prof. C. T. da C. M. — Pel combinato disposto dei D. L. 9 luglio 1916, N. 875, e 10 agosto stesso anno, N. 1107, gli impiegati comunali e delle Opere Pie che trovansi in servizio militare volontario e, cioè, che si trovino comunque sotto le armi senza che vi sieno stati chiamati di autorità, sono da considerarsi come richiamati. Ella, quindi, deve considerarsi come richiamato e perciò conserva la titolarità del posto per tutto il tempo che presterà servizio militare ed ha diritto al trattamento economico stabilito dallo articolo 2° del succitato D. L. del 9 luglio 1916. Non si può nel caso allegare inadempienza contrattuale, perchè, stando alle disposizioni di sopra enunciate, si verifica l'ipotesi della forza maggiore che rende involontaria la temporanea cessazione del servizio.

(7240) *Pensioni - Riscatto di anni di servizio prestati prima della iscrizione.* — Prof. U. B. da A. — Per effetto dello articolo 36 del testo unico delle leggi sulla cassa pensioni avendo aderito alla medesima prima del 2 dicembre 1909 può riscattare gli anni di servizio fatti prima del 1° gennaio 1899, per un periodo di quindici anni. Essendo, però, il servizio da Lei prestato posteriore a detta epoca, può riscattare solamente i due mesi del 1898 senza pagare alcun prèmio.

(7241) *Aumento di stipendio.* — Dott. P. D. G. da O. di P. — Contro il diniego apposto dal Sottoprefetto ad inoltrare alla Commissione Reale l'atto deliberativo del Comune con cui Le si aumentava lo stipendio, non vi ha luogo a reclamo perchè trattasi di un semplice inoltro di carte che può essere fatto anche direttamente da Lei, che è l'interessato e che non è tenuto a seguire la via gerarchica.

(7242) *Congedo - Divieto.* — Dott G. G. da P. — Nessun Decreto Luogotenenziale sospende per la durata della guerra la concessione del mese di congedo ai medici condotti. Essi possono, pertanto, usufruirne, sempre quando le condizioni locali lo consentano.

(7243) *Assunzione in servizio in condotte mediche viciniori - Aumento di stipendio.* — Dott. P. G. R. da P. — L'amministrazione comunale può impedire al proprio medico condotto di assume-

re servizio interinale in condotte mediche viciniori sempre che creda che questi nuovi oneri gli impediscano di compiere il suo ufficio nel proprio Comune con la dovuta esattezza, prontezza e puntualità. L'aumento di stipendio deve essere deliberato e corrisposto da ognuna delle amministrazioni comunali indipendentemente dalle altre.

Doctor Justitia.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3223:

Ogni direzione di sanità militare deve raccogliere le domande degli ufficiali medici dipendenti che si trovano nelle condizioni previste dal decreto sugli esoneri.

In tale domanda deve venir specificato il genere di servizio civile che sarebbe desiderato dall'ufficiale che chiede tale forma di avvicendamento.

All'abb. n. 8277:

Nessuna circolare è stata pubblicata dal Ministero per l'avvicendamento dei medici delle 1e alle 2e linee. La disposizione in parola è stata invece data dall'Intendenza generale con circolare n. 7872 del 1917.

Circa il suo esonero, data la grande giovinezza della sua classe, è poco probabile.

All'abb. n. 8946:

La sua promozione, dato quanto scrive, sarà probabilmente in corso.

La consiglio a leggere il bollettino del 12 corrente mese.

Al dott. G. D. B., Zona di guerra:

Non è possibile far previsioni: il ristagno attuale nelle promozioni dei medici militari effettivi è infatti notevolissimo.

All'abb. n. 9080:

Ella non è ancora stato nominato tenente, perchè probabilmente il suo *specchio* non è pervenuto al Ministero.

Faccia rinnovare la proposta, avendone pieno diritto.

All'abb. n. 1104:

Occorre ripetere nuovamente ai signori colleghi che i quesiti e domande devono riguardare questioni che abbiano *indole generale* e non mai *strettamente* individuale.

Non è possibile infatti consultare i bollettini ed i giornali militari per ricercare un nome che interessa solo... l'interessato, nè abbiamo gli elementi per farlo, anche se lo volessimo.

All'abb. n. 4049:

L'inabilità alle fatiche di guerra equivale all'idoneità ai servizi territoriali.

In base a ciò io la consiglio a provare a far la domanda di esonero agricolo, citando, se occorre, il solo precedente da Lei accennato.

Al dott. L. M. da S. C. L.:

Per poter rispondere occorre conoscere l'*oggetto* della circolare citata.

All'abb. n. 4901:

La chiamata in servizio dei medici delle classi 70-71-72 sarà fatta appena terminata la revisione degli esoneri. L'avvicendamento loro può anche esser fatto di autorità.

Non esiste alcuna disposizione che i detti ufficiali debbano rimanere a prestar servizio, dopo chiamati nel luogo di residenza.

Non essendo stata chiamata la relativa classe di leva è certo che ai medici delle accennate classi spettano le 5 lire il giorno.

All'abb. n. 8998:

Date le attuali disposizioni ella può essere promosso tenente colonnello in base ad una proposta fatta per l'art. 13 (meriti eccezionali).

All'abb. n. 9528:

Data la giovinezza della sua classe (1887) non può aspirare all'avvicendamento. La circolare da lei accennata non riguarda infatti i medici, ma i combattenti.

All'abb. n. 8351:

La circolare a cui Ella accenna non poteva essere emanata dal Ministero della Guerra poichè la giurisdizione sul servizio sanitario delle armate spetta all'Intendenza generale.

Ed infatti l'avvicendamento di sei in sei mesi tra 1a e 2a linea pei medici è sancito dalla circolare n. 7872, anno 1917, dell'Intendenza generale.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

Con decreto ministeriale 6 aprile 1918 sono confermati: Golgi sen. prof. Camillo, presidente, e Marchiafava sen. prof. Ettore, vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità; Inghilleri sen. avv. Calcedonio, Maggiora prof. Arnaldo e Moreschi dott. Bartolomeo, componenti la Giunta del Consiglio stesso per la sessione ordinaria dell'anno corrente.

Libere docenze.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Buongiorgio Salvatore in clinica ostetrica e ginecologica a Napoli; Casazza Antonio e Luzzatti Alfredo in otorinolaringoiatria a Torino; Masini Mario in clinica delle malattie mentali a Genova; Mauro Ciro in clinica pediatrica a Palermo; Schiantarelli Salvatore in igiene sperimentale a Pavia.

ALBO D'ORO.

Medici che hanno dato figli alla Patria.

Il dott. Loreto Mazzenga, da Alvito, ha perduto in guerra il figlio sottotenente Nicola Mazzenga, che si meritò la medaglia di bronzo al valore militare con la seguente motivazione:

« Coadiuvava efficacemente, con zelo, intelligenza ed arditezza, l'azione del suo comandante di compagnia, slanciandosi, in testa al proprio plotone, all'assalto delle posizioni nemiche, ove gloriosamente lasciava la vita. — Polazzo, 25 luglio 1915.

L'Università di Roma il 5 novembre 1917 conferiva alla memoria dell'estinto la laurea *ad honorem* in scienze naturali, nella cui Facoltà il giovane era iscritto.

NOTIZIE DIVERSE

La Croce Rossa americana.

Una Commissione della Croce Rossa americana, composta dei signori H. Davidson, presidente generale, colonnello Perkins e maggiore Lee, accompagnata da un colonnello italiano di Stato Maggiore, si è recata al nostro fronte per una breve visita. Al ritorno venne ricevuta in udienza dal Re, che volle trattenerla a pranzo.

I rappresentanti della C. R. A., associazione che comprende circa 40 milioni di soci, riportano la migliore impressione da questa visita, ed hanno avuto occasione di constatare ovunque i sentimenti di fratellanza e di amicizia che uniscono i due popoli.

In questi giorni è partita per la nostra fronte la quarta sezione della Croce Rossa americana; altre tre sono già in funzione ed altre sei in preparazione.

Ogni sezione consta di 20 carri-ambulanza, due *camions* per salmerie e cucina, vetturette e *sidecars*. Ciascun carro contiene sei barelle-letto (invece di 4) con sospensione nuovo modello e due panchine per 10-15 feriti non gravi. Vi sono aboliti i finestrini a vetri e sostituiti con imposte di legno a griglia. Il carro ha una dotazione propria di alimenti in conserva.

I veicoli escono tutti da officine italiane e costano quasi 40 mila lire l'uno; sono dipinti in grigio-celeste, con la croce rossa e le stelle e strisce della bandiera degli Stati Uniti.

Istituzione di una sezione per la elioterapia a Villa Dini (Napoli).

Nel recinto della magnifica Villa Dini, a Posillipo, requisita dal Prefetto di Napoli per apprestare ricovero ai bambini profughi che hanno bisogno di cure speciali, assumendo il nome suggestivo «per i bambini d'Italia» «Istituto per cure speciali ai bambini profughi», è in corso di impianto una speciale stazione per l'elioterapia.

La Direzione generale della Sanità Pubblica concorre alla importante istituzione con la concessione di quattro unità ospedaliere capaci, nel complesso, di circa cento posti letto e del relativo materiale di arredamento, e con la assegnazione di un largo contributo nelle spese di impianto e di funzionamento.

Dato lo scopo speciale le unità ospedaliere saranno completate con apposite verande per guisa da consentire ai piccoli infermi che vi verranno ricoverati, la possibilità della maggiore esposizione alla benefica rigeneratrice azione del sole, che sulla incantata collina di Posillipo batte con magnifica vivificatrice persistenza.

Per un Pedocomio a Napoli.

Si è costituito all'uopo in Napoli un Comitato che da un decreto prefettizio in data 13 marzo è stato riconosciuto in Ente giuridico. Da allora, nel breve giro di 20 giorni, venne raccolta la somma di oltre 1,300,000 lire (di cui 500 mila dal Banco di Napoli; 500 mila dal Commissariato dell'opera dei profughi, 200 mila da un generoso oblatore che vuol conservare l'incognito, 100 mila dalla Banca Italiana di Sconto, 5 mila dal comm. Angelo Pagliani). Sono annunziati altri cospicui versamenti.

Per la lotta contro la tubercolosi.

L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina ha votato un ordine del giorno col quale si fanno voti che si provveda in modo pronto e radicale al ricovero sistematico dei soldati tubercolosi e dei prigionieri restituitici tubercolosi, in stabilimenti scelti e adattati con criteri di doverosa larghezza, impiantati nelle località più adatte per opportunità climatiche e per adattabilità edilizie; che all'organizzazione ed alla direzione di tali stabilimenti siano preposti medici di speciale competenza; che vi sia rigidamente curata l'educazione antitubercolare; che i medici tutti intensifichino la loro opera civile di propaganda.

L'ordine del giorno reca le firme di Banti, Schupfer e Levi E.

Il 21 marzo u. s. a Bagnacavallo, dove prestava servizio militare in qualità di tenente medico, colpito da intossicazione uremica, rapidamente moriva il dottor NICOLÒ MARINI, a soli 39 anni, già medico-condotto a Osoppo (Udine).

Esule dal suo Friuli, che lo aveva conosciuto ed apprezzato come cittadino esemplare e come medico valentissimo, lascia a Rimini la famiglia desolata. Gli amici e colleghi che lo hanno amato e sempre altamente stimato, sentono la perdita e rimpiangono l'indimenticabile estinto.

R. M.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali

L. POZZI, *resp.*

Anno XXV. Roma, 28 aprile 1918 Fasc. 17.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La divulsione anale come trattamento curativo di alcune fistole anali

per il dott. BERNARDINO MASCI,
assistente negli ospedali di Roma.

Malgrado numerosi tentativi di cura incruenta e rapida delle fistole anali, il procedimento d'elezione, che solo può assicurare stabilmente la guarigione, rimane sempre quello dello spaccamento della fistola, per cui se ne trasformano il tragitto e i diverticoli in una piaga aperta in tutta la sua estensione, che si medica successivamente a piatto.

Un trattamento di gran lunga più semplice e che può portare nello stesso tempo ai medesimi risultati nel conseguimento della guarigione, è quello che ho osservato in tre miei malati, nei quali la semplice dilatazione dell'ano, praticata allo scopo di guarirli di ragadi, fu anche sufficiente a sanarli di fistole anali, da cui erano contemporaneamente affetti.

Riferisco brevemente i dati anamnestici che riguardano il male di tali infermi e il trattamento terapeutico eseguito.

1. — V... G... B... Manca la tubercolosi negli antecedenti ereditari e personali. È stato sempre bene fino ad un anno fa, quando cominciò ad essere afflitto da una fistola anale, residuata alla rottura spontanea di un ascesso a decorso acuto. Da dieci giorni soffre, al momento della defecazione, di dolori atroci, che, l'atto terminato, si mutano in una sensazione di bruciore per circa una mezz'ora, per riprendere poi più violenti di prima per tre o quattro ore circa.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali di nutrizione buone. Clinicamente nessun sintoma di tubercolosi dei visceri. Sulla parte laterale sinistra dell'ano, tra le pliche radiate, si scopre, sul fondo di una depressione cicatriziale, l'orificio esterno di una fistola, a tragitto completo sottocutaneo-mucoso, con orificio interno nel canale anale all'altezza dello sfintere ester-

no. Nessun carattere tubercolare della fistola. Sul contorno posteriore dell'ano si nota un'ulcerazione a ragade della mucosa. Lo sfintere è fortemente contratturato e si provoca vivo dolore nei tentativi di esplorazione digitale del retto.

Propongo il trattamento di cura razionale, cioè la divulsione dell'ano e l'incisione della fistola, ma l'infermo, che è un giovane, per ragioni sue particolari, rifiuta questo trattamento operativo e vuol essere curato solo della ragade.

Operazione. — Narcosi cloretilica. Disinfezione del perineo. Rettolusi abbondante con soluzione fisiologica. Divulsione dello sfintere anale con le dita. Si lascia in posto un tubo di gomma, grande quanto un dito mignolo, avvolto da più strati di garza iodoformica.

Cure successive. — Per cinque giorni si somministra oppio (10 ctgr. di estratto tebaico *pro die*) per mantenere stitico l'infermo. Al sesto giorno si ritira il drenaggio e si somministra un purgante oleoso. Per altri tre giorni di nuovo oppio e medicatura dell'ano, nel cui canale si lascia un tampone di garza avvolto a cilindro e spalmato di vaselina iodoformata. Fin dalla prima medicatura mi accorgo che dalla fistola non geme più secrezione e che l'orificio esterno appare cicatrizzato. Al decimo giorno blando purgante. Intanto l'infermo non ha più fastidi di sorta, si ritiene guarito e mi avverte che non viene più a medicarsi. Nella visita di congedo constato che l'orificio esterno della fistola seguita a mantenersi saldamente cicatrizzato.

2. — B... M... Nulla d'importante nel gentilizio e nei precedenti personali. Da qualche anno soffre di emorroidi e da sei mesi di fistola anale, prodottasi in seguito a suppurazione di un nodulo emorroidario. Da sei giorni ha dolori urenti all'ano, che cominciano durante l'emissione delle fecce e si protraggono per ventiquattro ore dopo.

Diagnosi. — Fistola anale completa sottocutaneo-mucosa + ragade anale.

Cura. — Medesimo trattamento del caso precedente, poichè anche quest'infermo si dichiara geloso custode del suo male, che gli ha fruttato un lungo congedo dal servizio militare. Ma, con grande sorpresa, si vedono guarire con questo mezzo entrambe le affezioni dell'ano.

3. — C... P... Oltre una ragade anale di data recente, ha anche una fistola intrasfinterica completa, di cui l'orificio esterno si apre sul perineo anteriore a metà distanza fra la radice delle borse e la fessura anale.

Anche quest'infermo soggetto al servizio militare, vuol essere curato solo della ragade. Perciò l'intervento si limita alla semplice dilatazione dell'ano in narcosi brometilica e la cura post-operativa somiglia in tutto a quella del primo caso.

Anche qui guarigione in pochi giorni della ragade e della fistola.

Mi son potuto ulteriormente accertare che in tutti la guarigione si mantiene completa e stabile; anzi uno dei curati è già sotto le armi.

La guarigione delle fistole con questo metodo semplice in tutte e tre le persone in cui fu applicato autorizza a sperare che esso per sè solo possa essere sufficiente. È risaputo che la ragione fondamentale del decorso cronico delle fistole deve ricercarsi nello stato di permanente setticità in cui vengono a trovarsi per il passaggio continuo delle fecce: a ciò si aggiunga che la fistola è tenuta in continuo moto pei moti dello sfintere e che si vuota male all'esterno per l'orificio, che è assai stretto.

Con la divulsione anale si può in gran parte ovviare a questi inconvenienti. Infatti, il purgante somministrato il giorno prima dell'operazione, il clistere di pulizia fatto fare la mattina stessa dell'operazione, il lavaggio abbondante del retto con una soluzione salina o debolmente antisettica, il riposo in cui vien lasciato lo sfintere anale, la sottrazione della parte al passaggio delle fecce e quindi alla reinfezione continua, l'occlusione e sterilizzazione dell'orificio interno della fistola con la garza impregnata di vaselina iodoformata, la disinfezione dell'orificio esterno con tintura di iodio e la protezione di esso da ulteriori inquinamenti batterici mediante medicature asettiche, sono tanti fattori che messi insieme possono benissimo spiegare perchè una fistola possa giungere a guarigione. Il tragitto di questa ha tutto il tempo di sterilizzarsi dei germi che vi sono contenuti — e in ciò il processo della fagocitosi deve avere la massima importanza — e di colmarsi di buone granulazioni occludenti.

Aggiungo subito — ed io non m'illudo — che si commetterebbe un errore se si volesse applicare questo metodo *au hasard* a tutte le fistole perianali, senza fare affatto distinzione nè anatomica nè etiologica di esse. Se ne possono avvantaggiare soltanto quelle fistole residuate alla rottura di un ascesso caldo, con tramite breve, lume sottile, senza diverticoli nè scollamenti, a secrezione minima, in cui mancano le condizioni propizie al ristagno e alla ritenzione ed esiste, invece, grande tendenza a chiudersi spontaneamente. Si andrebbe sicuramente incontro all'insuccesso se si volesse trattare le fistole di natura tubercolare con la semplice dilatazione dell'ano: la membrana tubercologena continuerebbe egualmente la sua doppia evoluzione di espansione periferica e di rammollimento fungo-caseoso. Di qui la grande importanza della diagnosi etiologica sicura, che si fonderà in parte sulle condizioni generali dell'individuo, sulla contemporanea esistenza di altri focolai tubercolari, in parte sui caratteri della fistola stessa. La presenza di orifici multipli con bordi di colore violaceo (cosidette fistole a inaffiatoio), l'esistenza di scollamenti cutanei, le granulazioni

flaccide, atoniche, di color bruno pallido che rivestono il tramite e i diverticoli, la secrezione di pus tenue piuttosto abbondante, sono caratteri che fanno differenziare la fistola di natura tubercolare da quella semplice, mantenuta ordinariamente dal colibacillo, in cui l'orificio esterno è per lo più unico e circondato da pelle di colorito normale, la secrezione è minima, il tramite poco o niente frastagliato.

Questo metodo egualmente non può convenire a quelle fistole, in cui il bacillo tubercolare non è in causa, ma si hanno notevoli scollamenti, anfrattuosità e distruzioni sottotegumentali, come, per esempio, nelle fistole a ferro di cavallo di Chassaignac.

Le fistole che se ne possono avvantaggiare sono quasi esclusivamente le intrasfinteriche e più precisamente le sottocutaneo-mucose. Quando si considera che questa varietà è la più frequente delle diverse forme (secondo Reclus si riscontra 19 volte su 20), sottratte sapientemente le poche determinate e mantenute dal bacillo di Koch, il metodo trova in fondo frequenti applicazioni. I vantaggi che ne derivano sono incommensurabili. Quando non si voglia ricorrere all'anastesia locale, eseguita secondo le norme dettate dal Reclus, l'anestesia generale bromo- o cloretilica, perfettamente scevra d'inconvenienti, si adatta molto bene al breve intervento. Il quale, ridotto alla semplice dilatazione dell'ano, semplifica molto l'operazione che abitualmente si pratica per le fistole. Ma, a parte la brevità e innocuità dell'atto operativo, ciò che costituisce il grande, reale vantaggio di questo metodo è che viene quasi a scomparire quel periodo lungo, noioso, esasperante per l'infermo, delle medicature successive, che spesso richiedono mesi prima che si possa raggiungere completamente la guarigione.

Roma, 26 ottobre 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. L. CONCETTI.

Sul valore clinico della dolorabilità del punto cistico nel tifo dei bambini.

Nota pel dott. GIOVANNI GENOESE,
assistente volontario.

Parecchi anni or sono il Radulesco descrisse un nuovo segno diagnostico della febbre tifoide consistente in un dolore più o meno intenso al *punto cistico* che presenterebbero tutti gli ammalati di tifo ed in una possente difesa muscolare localizzata allo ipocondrio destro.

Per la ricerca di questo segno la manovra è semplicissima: basta far coricare l'ammalato supino, con le gambe stese o flesse e farlo respirare profondamente: il medico posto sempre a destra del paziente con la mano sinistra insinuata fra la cresta iliaca ed il bordo inferiore delle costole solleva la parete addominale posteriore per far salire il fegato in avanti e con la mano destra cerca di fare avvicinare le dita al bordo del fegato premendo dolcemente, continuamente e profondamente e sempre in alto proprio all'altezza del punto cistico.

Se il segno è positivo l'ammalato si contrae nella fisonomia ed accusa un dolore acuto all'ipocondrio destro e si ha reazione di difesa muscolare più o meno marcata mentre nulla succede di tutto ciò allo ipocondrio sinistro.

In 78 osservazioni di febbre tifoide confermata dalla sierodiagnosi pubblicate dal Radulesco e Atanassia il segno non mancò mai: inoltre secondo gli autori questo segno segue il decorso clinico della infezione, si comincia a notare, cioè, all'inizio del male, è presente permanentemente nel periodo di stato, diviene meno accentuato quando i sintomi della malattia accennano a dileguarsi per poi scomparire quando il paziente si incammina verso la guarigione e quando è in piena convalescenza.

Mettendo a profitto il materiale della nostra Clinica Pediatrica in questo ultimo triennio e numerosi casi di clientela privata ho voluto studiare il valore clinico del sintoma accennato dianzi nell'infezione tifosa dei bambini, chiarirne il meccanismo di produzione e specialmente se potesse ritenersi proprio ed esclusivo della infezione stessa o facile a riscontrarsi in altre infezioni acute o croniche della infanzia.

Per la ricerca del segno di Radulesco ho preferito meglio al decubito dorsale del paziente, la posizione verticale, stando seduto sul letto,

poichè il punto cistico (che si trova in corrispondenza della linea di unione della nona con la decima cartilagine costale) in questa posizione è più accessibile e ciò si spiega data la diversa situazione che gli organi splancnici assumono a seconda della posizione dell'ammalato. Infatti nel decubito dorsale il fegato, respingendo in alto il diaframma con la sua massa pesante, risale verso il cavo toracico in modo che il suo bordo inferiore e la cistifellea vengono a trovarsi più in sopra del bordo libero costale da cui vengono ricoperti mentre mettendo il paziente in posizione verticale il fegato per la legge di gravità si sposterà in basso e per quanto limitatamente alla distensione dei ligamenti sopraepatici, il suo bordo inferiore e la cistifellea diverranno accessibili alla palpazione profonda.

Debbo dire che il sintoma di Radulesco, della dolorabilità del punto cistico, bisogna ricercarlo sempre nella infezione tifosa dei bambini perchè ha un valore grandissimo: è un segno costante ed io in oltre 30 casi di tifoide osservati, con Widal positiva, l'ho trovato sempre presente: è un dolore caratteristico che si provoca con la pressione anche leggiera purchè profonda sul punto suddetto e che risveglia una reazione di difesa allo ipocondrio destro quasi una latero-flessione a destra del corpo, a scatto, ancora più caratteristica e tipica di quella reazione della appendicite data dalla pressione del punto di Mac Burney.

Non è un dolore spontaneo come nella calcolosi epatica, nè è influenzato dai movimenti del corpo siano di flessione o lateralità, nè si irradia alle zone vicine, ma è un dolore che la palpazione soltanto provoca più o meno intensamente, e che è sempre accompagnato da difesa muscolare.

Questo segno in nessuna altra malattia acuta o cronica della infanzia ho potuto mai osservare quantunque lo avessi ricercato nelle più varie malattie dei bambini come dall'unito specchietto che riporto a titolo riassuntivo:

Tifo addominale. . . .	30 casi	+ in tutti
Pulmonite lobare . . .	24 „	negativo
Broncopulmonite . . .	40 „	»
Morbillo	18 „	»
Malaria.	6 „	»
Meningite tubercolare	16 „	»
Gastroenterite	27 „	»
Rachitismo.	32 „	»
Peritonite tubercolare	16 „	»
Reumatismo articolare	18 „	»

ed in bambini di varia età dai 3 agli 8 anni, nei quali la ricerca del segno fu da me praticata in vari stadî del male, e con frequenti e ripetuti esami.

È un sintoma persistente che si presenta allo inizio del male quasi sempre nel primo settenario: nei trenta casi da me osservati in diciotto lo potei mettere in evidenza prima degli otto giorni quando ancora la sierodiagnósi non era stata fatta e non era ancora presente la tipica roseola, negli altri 12 casi mi riuscì di provocarlo fra l'8° e 11° giorno: nè è influenzato dalla gravità o meno del processo infettivo poichè in casi lievi con fenomeni generali miti fu possibile provocare reazione intensa e vivo dolore cistico mentre in casi gravi con fenomeni generali imponenti la reazione fu meno intensa pur essendo il dolore vivo.

Come ha dimostrato il Radulesco il segno segue il decorso clinico della malattia con una precisione mirabile; in casi che terminano con la guarigione scompare a mano a mano che i sintomi generali e locali della infezione si dileguano, in casi letali il dolore cistico comparso precocemente e mantenutosi sempre costante durante l'acme della malattia fu riscontrato persistere fino agli ultimi momenti: nè l'età, nè il sesso hanno valore alcuno sul determinarsi o sulla intensità del segno sul quale una certa influenza, per quanto riguarda la vivacità o meno della difesa muscolare, pare abbia soltanto la costituzione più o meno neuropatica ed il temperamento più o meno nervoso del soggetto.

In tutti i 30 casi di tifo da me osservati il fegato si presentava ingrandito e la milza nettamente palpabile in tutti, in alcuni era molto ingrossata: questo ingrandimento dell'area epatica alla percussione e il palparsi dell'organo a margine rotondeggiante e talora duro fu notato da vari autori e concorda con i risultati sperimentali di questi ultimi anni (Courmont, Widal, Lemierre), che hanno ormai stabilito come nella infezione tifosa siamo davanti ad una infezione eberthiana generalizzata nella quale il fegato ha una parte principale.

L'importanza del fegato nello svolgersi del processo è stata perfezionata dalle osservazioni sperimentali fatte in ispecie da Widal e Lemierre, che hanno dimostrato come le infezioni del fegato e delle vie biliari così frequenti anzi costanti durante il decorso della tifoide, non sono dovute alla ascensione del bacillo lungo i canali biliari, ma ad una eliminazione attraverso i vasi epatici dei microbi contenuti nel sangue.

Specie per i lavori di Richet *junior* oramai è assodato come nella infezione tifosa il processo patologico non si inizia con la lesione intestinale che si localizzava alle placche del Peyer

da dove poi si credeva che i bacilli passassero nel sangue e si eliminassero per le vie biliari ma si inizia primieramente con una infezione generalizzata, una vera setticemia: secondariamente i bacilli si eliminano per le vie biliari e per l'intestino, causando così quelle lesioni locali che per vario tempo furono ritenute specifiche della febbre tifoide e che in realtà sono secondarie alla setticemia ebertiana.

Resta così stabilita l'importanza primordiale del fegato nella setticemia eberthiana e viene così ad essere chiarito il meccanismo di produzione del sintoma di Radulesco che si provoca appunto per le condizioni stesse in cui nella infezione tifosa si trovano il fegato e le vie biliari e cioè in uno stato di ipertrofia dovuto al lavorio di eliminazione e di difesa che questo organo oppone alla precoce invasione da parte del bacillo di Eberth.

L'azione protettiva del fegato consiste nel fissare ed eventualmente distruggere i tossici ed i batteri contenuti nel sangue condotto dalla vena porta nonchè in quello condotto dalla arteria epatica, e fra i tossici si annoverano gli alimenti in quel grado di trasformazione in cui si trovano quando sono assorbiti dallo intestino, i veleni elaborati nel canale digerente dai processi di putrefazione delle albumine, i sali metallici, i veleni di origine vegetale e i *tossici microbici*: il fegato difende l'organismo esagerando i suoi poteri di difesa, ma non sempre esce vittorioso dalla lotta.

Nella infezione tifosa questo lavorio di difesa si traduce con una ipertrofia dell'organo, come ho detto dianzi, che quasi sempre è l'esponente di una colecistite attenuata, la diagnosi della quale è molto delicata, specie quando mancano i segni clinici evidenti, ma bisogna sempre sospettarla appunto per il dolore vivo che si provoca con l'esplorazione del punto cistico.

Le prime constatazioni intorno alla parte che spetta alla cistifellea nelle infezioni sono quelle fatte da Conradi: questo autore cita il caso di una donna ex-malata di tifo che per varî anni aveva emesso bacilli tifosi, la quale alla autopsia presentava una invasione del germe specifico nella cistifellea ed un processo di infiammazione cronica della mucosa della cistifellea stessa. Dopo di allora le osservazioni si moltiplicarono e la parte che la cistifellea o la bile prendono nelle infezioni tifose fu nettamente chiarita e da tutti fu ammessa l'infiammazione della vescichetta biliare sede frequente e ricettacolo dei bacilli specifici che pare non vengano per nulla attenuati dall'azione della bile stessa.

***

Stabilito il fatto della infezione delle vie biliari quale causa principale della *dolorabilità del punto cistico* e tenendo conto degli ottimi risultati ottenuti nell'infezione stessa dalla azione della *urotropina*, in una serie di ricerche praticate su 10 dei 30 casi di tifo accennati di sopra, ho voluto sperimentare e studiare se l'intensità del dolore al punto cistico venisse influenzata o meno dalla somministrazione dell'urotropina alla dose di uno o due grammi al giorno.

L'urotropina fu introdotta nella terapia nel 1894 dal Nicolaiev quale antisettico delle vie urinarie e deve il suo potere microbicida alla proprietà di sviluppare formaldeide ed è assodato che subito dopo la sua ingestione passa nel torrente circolatorio donde viene eliminata sopratutto attraverso il fegato per le vie biliari e per l'urina: le esperienze sugli animali e nell'uomo hanno dimostrato che l'eliminazione biliare della urotropina è costante e rapida e pare altrettanto intensa che la eliminazione per le urine. Le ricerche di Chauffard e di Grigaut hanno provato la realtà della eliminazione dell'urotropina per la bile: questi autori hanno somministrato a cinque ammalati portatori di una fistola biliare recente un grammo per giorno del medicamento e dopo poche ore nel liquido della fistola hanno avuto la reazione del formolo (reazione di Jorissen): questi risultati furono confermati dal Crowe che ha prescritto l'urotropina a 4 ammalati portatori di una fistola biliare operatoria: in questi quattro casi la bile era infetta e conteneva in abbondanza colibacilli e bacilli di Ebert: dopo la somministrazione del medicamento che fu dato in due casi a dose massiva (5 gr. in una volta) e in due casi a dosi ripetute (1 gr. al dì) la disinfezione biliare fu completa e le culture della bile restarono sterili.

Clinicamente è interessante il caso di Chauffard che in una colecistite acuta insorta in una tifosa nella 22ª giornata in 24 ore con la somministrazione di urotropina vide sparire i sintomi locali e guarire la malattia.

Nei miei dieci casi trattavasi di bambini di varia età fra i sei e gli otto anni, nei quali il sintoma di Radulesco era stato positivo e nei quali la somministrazione di urotropina fu iniziata nel primo settenario del male, quando ancora la sierodiagnosi per il tifo non era stata praticata nè si era avuta la roseola tipica: la dose del farmaco fu sempre quella di un grammo al giorno in acqua edulcorata.

Nessun'altra cura veniva fatta nello stesso tempo eccetto che la balneoterapia e le solite iniezioni eccitanti di olio canforato: in nessun caso la curva termica apparve prontamente influenzata dalla urotropina e si può dire che in questi casi trattati con l'urotropina tutti i

sintomi della malattia decorsero con gli stessi caratteri e con la stessa intensità come nei casi non trattati con l'urotropina.

Viceversa l'influenza del farmaco fu netta, chiara e spiccata sulla dolorabilità del punto cistico: in questi bambini già dopo due o tre giorni del trattamento urotropinico il sintoma di Radulesco pur essendo presente non era così vivace, in altri termini la reazione di difesa muscolare, alla pressione dolce, profonda e costante del punto cistico non era così intensa e notevole come negli altri ed il dolore provocato pur dimostrandosi con la contrazione della fisonomia dei piccoli pazienti era sopportabile e sopportato.

In tutti questi dieci casi il trattamento con l'urotropina fu continuato fino alla caduta della temperatura ed in tutti varie volte al giorno il sintoma del dolore cistico veniva costantemente ricercato e mai fu visto intenso come negli altri casi: in una bambina, certa Vera F. (letto n. 9), la somministrazione di due grammi di urotropina fece scomparire per tutta la durata del male il sintoma di Radulesco che già in 8ª giornata si era notato: in questo caso l'urotropina fu data in 14ª giornata e poi continuata a dosi più frazionate fino alla guarigione della piccina.

In nessun bambino si ebbero a notare fenomeni di intolleranza per il medicamento, specie dal lato del rene, che veniva in tutti costantemente e scrupolosamente sorvegliato.

Questa modificazione del segno di Radulesco sotto l'azione del trattamento con l'urotropina è la conferma dell'ipotesi antecedentemente esposta che cioè il segno è dato dalla infiammazione della vescichetta biliare che è costante in quasi tutti gli ammalati di tifo e che indica la lotta che l'organo sostiene contro l'invasione del bacillo di Eberth, del quale subisce le successioni morbose che clinicamente si traducono in vere colecistiti che alle volte sono chiare e di facile diagnosi per i sintomi clinici concomitanti al dolore, mentre alle volte sono solo da sospettarsi e di difficile diagnosi.

BIBLIOGRAFIA.

RADULESCO ed ATANASSIA. — *Un nuovo segno diagnostico del tifo.* — Presse médicale, numero 99, 1912.

BERTARELLI. — *La cistifellea ed i germi patogeni.* — Morgagni (rivista), n. 27, 1914.

MILLIONI. — *Prognosi, diagnosi e terapia del tifo.* — Morgagni (archivio), n. 11, 1914.

Pubblicheremo prossimamente:

G. MORUZZI. *La cura delle ferite settiche con una soluzione zuccherina di acido lattico.*

(6)

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PARASSITOLOGIA MEDICA DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI CATANIA.

Rhabditis pellio (Schn.) nell'urina di un nefritico

pel prof. MARIO CONDORELLI-FRANCAVIGLIA maggiore medico nella Riserva.

Alla Fam. *Anguillulidae*, come è ben noto, appartengono piccolissimi nematodi, che o vivono in vita libera nell'acqua dolce, nella terra umida e nelle sostanze organiche in decomposizione; oppure in vita parassitaria, di solito nelle piante, raramente negli animali.

Talune di esse specie, nel campo della patologia umana, acquistarono erronea e temporanea importanza.

L'*Anguillulina putrefaciens* Kühun, trovata accidentalmente nel vomito di un russo, è parassita comunissimo del bulbo della cipolla.

Nel dicembre del 1879, nelle masse muscolari volontarie e specialmente nel diaframma del cadavere di un cadetto di marina, perito a bordo della nave inglese *Cornwal*, ed esumato per l'autopsia due mesi dopo avvenuta la morte, fu rinvenuta una miriade di microscopiche cisti parassitarie, che Powel e Corry (1) presero per *Trichina muscolaris;* mentre Bastian (2) e Cobbold (3) dimostrarono ch'esse non erano altro che larve incistate di *Rhabditis*, cui essi diedero il nome di *R. Cornwalli*, e che considerarono come agente patogeno di una grave malattia epidemica sviluppatasi fra l'equipaggio di quella nave. Oerley (4), meglio ancora, identificò il nematode in questione con la comune *Rabditis terricola* Duj. della terra umida e delle sostanze organiche in putrefazione, negando giustamente ad essa ogni valore patogeno e la possibilità di adattamento a vita parassitaria.

Egli spiegò inoltre la presenza di essa nei muscoli di quel cadetto di marina col passaggio dalla terra al cadavere dopo l'inumazione.

---

(1) POWELL W. H. *Report to the local government board on an outbreak of fever that proved to be trichinosis on board the reformatory school ship « Cornwall »*; Supplement report of medical officers, 15 march. 1880.

(2) BASTIAN H. Ch. *On some Nèmatoids, found in the body of a boy who died fram an epidemie disease on board the reformatory school ship « Cornwall »*; Ibidem, p. 68, 1879.

(3) COBBOLD. *Trichinosis on board the « Cornwall » training ship;* British med. Journal, I, p. 497, 1880.

(4) OERLEY L. *Die Rhabditiden und irhe medic.* Bedentung Die Cornwall sche Epidemia, p. 69.

Anche la *Rhabditis Niellyi* R. Blanch. ha perduto ogni valore parassitario. Trovata nel 1882 a Brest dal prof. Nielly (1) nelle papule di un marinaio francese affetto da dermatite diffusa, fu elevata a dignità di nuova specie da R. Blanchard (2); ma se consideriamo che anche nel sangue dello stesso individuo, affetto da papulosi, fu rinvenuto l'identico nematode, dobbiamo ragionevolmente ammettere, con Manson e con altri autori, che in quel caso trattavasi non di *Rhabditis*, ma di una microfilaria (*Filaria perstans*, P. Manson), già scoperta dal valoroso elmintologo inglese e considerata quale agente patogeno d'una forma di dermatite papulosa, che O' Neil osservò nei negri della Costa d'Oro, e che si conosceva col nome di *craw.-craw*.

Scheiber finalmente nel 1880 descrisse col nome di *Rhabditis genitalis* un piccolo nematode lungo, secondo i sessi, da 0,85 a 1,32 mm. e spesso da 36 a 60 μ, da lui trovati nell'urina di una donna ungherese, affetta da pleuropolmonite, complicata a catarro gastro-enterico acuto e a pielo-nefrite interstiziale.

L'urina, acida appena emessa, poco dopo diveniva alcalina; era torbida, di colorito giallo-bruno, conteneva albumina, cilindri, poco sangue, molto pus, numerosissimi piccoli nematodi nelle varie fasi di sviluppo, taluni morti, altri viventi; e questi ultimi si conservavano tali sino a tre giorni dopo emessa l'urina.

Lo Scheiber stesso però, in seguito a ripetute osservazioni, ammise che tale *Rhabditis*, lungi dall'essere un parassita vero e proprio della vescica e dell'apparecchio urogenitale in genere, fosse invece un parassita accidentale, casualmente pervenuto nella vulva e nella vagina mediante l'applicazione alle coscie di cataplasmi di terra, cui, secondo Oerley, i contadini di Stuhlweissenburg attribuiscono proprietà medicinali (3).

Inoltre fu dimostrato che tale parassita accidentale non è specie nuova, ma la ben nota *Rhabditis pellio*, scoperta dallo Schneider nel 1866, e che va pure coi sinonimi di *Pelodera pellio* Schn., *Rhabditis pellio* Bütschli e *R. genitalis* Scheiber. Ed è senza dubbio questa od una specie affine quella riscontrata da Baginsky (1) e da Peiper e Westphal (2) nell'urina di due individui affetti da ematuria.

È un piccolo nematode, che, allo stato larvale, vive incistato nei lombrici di terra e, allo stato adulto, in vita libera nell'erba e nella terra umida, non che nelle sostanze organiche in decomposizione.

È suscettibile di adattamento a vita parassitaria, come risulta dalle esperienze di Oerley, che la coltivò facilmente nella vagina del topo.

Queste, per sommi capi, sono le conoscenze che possediamo sulla parassitologia umana delle specie appartenenti alla Fam. *Anguillulidae* di cui, come abbiamo detto, non ve n'ha una sola, che possa ritenersi parassita vero e proprio dell'uomo.

A maggiore conferma di ciò riferisco una recente osservazione personale.

D. P. da Catania, di anni 32, è individuo di regolare statura, pingue, alquanto pallido.

Camminando si stanca facilmente; ha dolore al sacro, che s'irradia ai lombi. Da più anni è affetto da nefrite interstiziale, per cui pochi mesi addietro conseguì la riforma dal servizio militare.

L'esame delle urine, fatte ventiquattro ore dopo emesse, diede i seguenti risultati:

Caratteri generali: colore giallo-ambra, odore leggermente ammoniacale, densità a 15° 1021, aspetto torbido, consistenza fluida, reazione appena acida, deposito macroscopico abbondante bianco-farinoso.

Esame chimico: urati aumentati, acido urico libero 0,84 ‰, urea 20,496 ‰, albumina 0,50 ‰.

Esame microscopico del sedimento ottenuto alla centrifuga: numerosissimi cristalli di triplofosfato, parecchi cristalli di acido urico e numerosi granuli amorfi di urato acido di sodio, frequenti cilindri ialini e granulosi, discreto numero di cristalli di ossalato di calcio, frequenti leucociti alquanto alterati, presenza di un microscopico nematode, dotato di movimenti molto vivaci.

Sorpreso da tale reperto parassitario, continuai, anche nei giorni successivi, lo studio dell'abbondante sedimento, in cui, quasi in ogni preparato, rinvenni da uno a tre di quei vermicciattoli, che si mantennero vivi per altre ventiquattr'ore in urina già divenuta alcalina.

---

(1) NIELLY M. *Un cas de dermatose parasitarie observé pour la première fois en France;* Archives de med. navale, XXXVII, p. 337.

(2) BLANCHARD R. *Traité de Zoologie Médicale.* Tome II, p. 67, Paris, 1890.

(3) OERLEY. L. *Die Rhabditiden und ihre medicinische Bedeutung*, Berlin, 1866, p. 68.

(1) BAGINSKY A. *Haemoglobinurie mit Auttreten v. Rhabditiden* in Urin: *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, p. 694.

(2) PEIPER et WESTPHAL. *Ueb. das Vorkommen v. Rhabditiden im Harne bei Haematurie.* Contralbl. f. klin. Med., t. IX, 1888, p. 145.

A questo punto cade acconcio ricordare che vi ha discordanza fra i vari osservatori sulla vitalità della *R. pellio*. Mentre lo Scheiber, nel caso da lui descritto, assicura di averla trovata ancora viva in urina emessa da tre giorni e di reazione acida al momento dell'emissione; R. Blanchard (1), sulla fede di Oerley, che l'avrebbe visto morire nell'urina in meno di cinque minuti, mette in dubbio quanto afferma lo Scheiber, ed aggiunge che le larve, molto delicate, muoiono presto, dopo la minzione. In urina ancora acida, 24 ore dopo emessa, riscontrai vivo il nematode, e tale esso si mantenne nello stesso liquido, già divenuto alcalino, per altrettanto tempo. Fra le due opinioni indubbiamente la più attendibile, anzi la più sicura, è quella dello Scheiber, che ha la conferma positiva delle mie ricerche.

È un microscopico nematode lungo e sottile che, coi suoi vivaci movimenti, sposta ed allontana dal proprio corpo gli elementi corpuscolari sospesi nell'urina, rendendosi in tal modo meglio visibile.

Ha colorito bianco giallastro, lunghezza variabile da 190 a 300 μ spessore massimo da 10 a 15 μ, porzione cefalica ingrossata con estremità rotondeggiante, porzione caudale sottile e terminata a punta.

La cuticola è liscia, trasparente e sottile, alquanto ispessita verso la punta della coda; la bocca inerme, quasi orbicolare, si continua in uno stretto e lungo esofago, al quale fa seguito un doppio rigonfiamento faringeo; l'intestino rettilineo, finamente granuloso, di colorito giallo-brunastro, non raggiunge la punta della coda; non è visibile una apertura anale. Non vi è traccia di organi genitali.

I vermicciattoli si mantennero in vita sino a due giorni dopo l'emissione dell'urina, in ambiente leggermente acido da principio, alcalino in appresso. In diverse osservazioni fatte, nei giorni susseguenti, in urina dello stesso individuo, raccolta in mia presenza in appositi recipienti pulitissimi, non fu più possibile rinvenire il piccolo nematode, come non lo riscontrai nello smegma balano-prepurziale e nell'acqua di lavaggio degli organi genitali esterni. Il nematode in questione, mancante di organi genitali, indubbiamente è la forma giovanile di una specie, che, per il corpo piccolissimo e filiforme, pel tegumento liscio, la bocca stretta orbicolare ed inerme, l'esofago angusto, seguito da due bulbi faringei entrambi sprovvisti di apparato dentario, deve riferirsi alla Fam. *Anguillulidae* e al Gen. *Rhabditis* Duj., e con ogni probabilità alla *R. pellio* (Schn.), alla quale maggiormente somiglia per le dimensioni, la forma e la struttura delle singole parti organiche, non che per l'*habitat* in vita pseudo-parassitaria. Tale specie si è trovata altre volte nell'urina umana, come dalle precedenti indicazioni bibliografiche.

Evidentemente la *R. pellio*, trovata nell'urina di quel nefritico, non ha importanza alcuna sulla etiologia della lesione renale; nè può considerarsi come un parassita innocuo, poichè la sua presenza in quell'urina fu puramente accidentale, ed io non la rinvenni più nella serie di osservazioni, che feci successivamente ad intervalli.

Nel caso dello Scheiber il nematode, mediante l'applicazione alle coscie di cataplasmi di terra, nella quale solitamente esso si trova, passò alla vulva e da questa, durante la minzione, nell'urina; nel caso da me descritto, non avendolo riscontrato nello smegma e nell'acqua di lavaggio dei genitali esterni, necessariamente deve ammettersi che l'inquinamento accidentale dell'urina sia avvenuto nell'orinale, mal tenuto o comunque mal pulito con acqua pur essa inquinata.

Questa mia osservazione, in aggiunta alle precedenti, è la conferma che la *Rhabditis pellio* (Schn.) non è parassita dell'uomo, e che, allo stato attuale della scienza, non vi ha specie della Fam. *Anguillulidae* da ascriversi tra i parassiti umani (1).

Catania, 8 gennaio 1917.

(1) BLANCHARD R. Op. cit., p. 64.

(1) Lo *Strongyloides intestinalis* (Bavay), che, comunemente e con poca esattezza di nomenclatura zoologica, vien chiamato *Anguillula intestinalis et stercoralis* Bavay, è un parassita umano quasi cosmopolita, e spesso, come avviene nei nostri minatori, in associazione con l'*Ankylostomum duodenale* Dubini. Esso però non appartiene alla Fam. *Anguillulidae*, ma a quella *Angiostomidae*.

DIVAGAZIONI.

Proiettili capricciosi!..

pel dott. ENRICO BUSSA-LAY
assistente all'ospedale civile di Venezia.

Tutti sanno che una quisquilia ha molte volte salvato la vita ai nostri prodi soldati: un orologio, la borchia del cinturone, la catena dell'orologio, la fibbia del corpetto, il portafoglio sono stati talvolta validi scudi.

A volte i proiettili stessi si sono divertiti a percorrere tramiti arbitrarii, lontani da ogni previsione, od in contrasto con ogni legge di balistica, ed hanno sfiorato od anche attraversato organi vitali senza comprometterli. Sono questi i proiettili capricciosi.

Una t'entra nel corpo e ci s'appiatta,
Una scivola via; l'altra, distratta,
Gioca coll'orologio e la catena,
Una gentile t'accarezza appena,
Una t'accoppa netto; un'altra matta
Entra nel petto, gira, s'arrabatta
E scappa allegramente per la schiena.

Esaminiamo un po' la casistica che in parte è frutto della mia osservazione, in parte di quella di illustri colleghi.

Durante un furioso combattimento, una pallottola di fucile penetrando nella regione temporale D. d'un soldato di fanteria attraversò il lobo frontale ed uscì nella regione temporale opposta. Ebbene, in questo soldato non s'ebbe alcun disturbo visivo o psichico o sensitivo e nemmeno motore o del linguaggio. Dopo la guarigione chirurgica si ebbe quella fisiologica. (Osserv. Nista).

Caso consimile si è verificato in un giovane in seguito a ferimento mediante colpo di rivoltella alla tempia a scopo suicida. (*Rivista Veneta Scienze mediche*, 15 gennaio 1914).

Una pallottola di fucile ha prodotto in un soldato una ferita al collo ledendo l'ipoglosso del lato sinistro, determinando una deviazione della punta della lingua verso sinistra senza altra lesione accessoria. (Osserv. Vitali).

Un bersagliere riportò una ferita da palletta di shrapnel in regione preauricolare S. colla quale fu reciso il facciale superiore onde paralisi dell'orbicolare, lagoftalmo sinistro rimanendo integra la funzione del facciale inferiore!

In un soldato colpito carponi, una pallottola di fucile penetrò nell'ascella destra attraversò il collo ed uscì nel pavimento della cavità orale da cui fu sputata. (Osserv. Bellati).

Nel sottotenente D... A..., una pallottola penetra in regione sottomammaria D., attraversa il torace, il diaframma, il fegato, esce dall'addome, si scava un tragitto nella massa muscolare lombare che si esaurisce a fondo cieco nella natica D. Le conseguenze furono fatti di peritonismo, empiema, ma la pallottola fu estratta.

Scomparvero i fenomeni peritoneali. Fu evacuato l'empiema: l'esito finale fu buono. (Osserv. propria).

Un soldato da me tenuto in cura era stato colpito, nel passare per un sentiero scoperto, da pallottola di fucile al fianco sinistro. Il proiettile aveva prodotto una ferita a canale cieco che sulle prime, essendo il paziente in istato di relativa tranquillità, fece sorgere dei dubbi sulla possibilità della penetrazione, ma questi furono allontanati una volta manifestatosi vomito, melena, tensione delle pareti dell'addome che si combatterono colla soppressione del cibo e coll'immobilizzazione dell'intestino. La diagnosi venne maggiormente convalidata dal fatto che il paziente, una mattina, palpò nella natica destra qualche cosa di anormale che dopo facile operazione si vide corrispondere ad un proiettile di fucile austriaco, il quale aveva necessariamente attraversato in senso diagonale l'addome ed avendo esaurito la forza viva era stato trattenuto nella sede che si meritava. Dopo varie vicende di remissione e di esacerbazione il ferito fu messo fuori pericolo.

In un altro soldato ch'io potei seguire durante l'infermità in un ospedaletto avanzato, una pallottola di fucile aveva prodotto una ferita a canale cieco nell'ipocondrio sinistro che si complicò con fatti di peritonismo ed in primo tempo con qualche scarica melanotica. Si istituì e si mantenne per otto giorni la dieta assoluta e l'immobilizzazione dell'intestino mediante vescica di ghiaccio. Dopo quindici giorni dal ferimento il proiettile venne espulso con una scarica alvina normale. Aveva molto verosimilmente perforato la parete addominale, attraversato quella dell'angolo sinistro del colon ed infilato il lume intestinale dove era stata avviluppata dai materiali fecali. Scomparsi i fenomeni minacciosi e mobilizzato l'intestino, il proiettile era venuto fuori senza inconvenienti..... Anzi il paziente, buon tipo di soldato — contadino — pieno di sorpresa e di legittima soddisfazione, ne faceva l'oggetto della curiosa osservazione dei compagni.

In una seduta dell'Accademia di medicina di Padova si comunicò, nello scorso anno, il caso di un soldato che era stato colpito da pallottola di fucile in regione precordiale. Il proiettile penetrò in cavità toracica, perforò il cuore fermandosi nel ventricolo destro, dove la sua presenza fu accertata dall'esame radiografico,

nè fu rimosso per evitare le sorti d'un atto operativo, che in questo caso sarebbe stato molto problematico.

Nella seduta del... novembre 1915, all'Accademia di medicina in Francia, il dott. Couteaud e il dott. Bellot, medici di marina, hanno riferito su una operazione praticata in un soldato che da mesi portava una palla di fucile nell'orecchietta destra, la cui presenza provocava delle crisi di asistolia. I due medici, col consenso del ferito, vollero tentare l'estrazione del proiettile, e l'operazione, eseguita in 50 minuti, sortì tecnicamente esito felice, senonchè essendosi riacutizzati fatti di pregressa miocardite e di pericardite, il paziente si aggravò e soggiacque qualche giorno dopo.

In un altro soldato, una pallottola penetrò nella regione mediana dorsale, attraversò lo speco vertebrale, continuò il suo tragitto nel bacino penetrando nella vescica dove si fermò e donde l'operatore, mediante cistotomia, potè estrarla. (Osserv. Giordano).

Un soldato da me curato in un ospedaletto avanzato, presentava ferite multiple da pallette di shrapnel delle quali una in regione frontale mediana. La craniectomia rivelò la presenza di due pallette nei due seni frontali, tanto che ad operazione finita le breccie praticate per l'estrazione, sovrapponendosi alle due cavità orbitarie formavano un insieme che dava al paziente l'aspetto caratteristico di Minerva coll'elmo. Notevole ancora il fatto che il ferito portava un'altra palletta nella cavità articolare del ginocchio sinistro donde fu estratta senza inconvenienti. (Osserv. propria).

In un soldato una palla di shrapnel attraversò la natica destra, sfiorò il sacro, producendo una frattura scheggiata di esso ed andò a finire nel retto donde fu emessa con la defecazione. (Osserv. Alessandri).

In un altro infermo la palla di mitragliatrice, data la posizione del soldato a terra, dopo aver prodotta una ferita a settone nella regione glutea destra, andò a finire nella regione malleolare destra. (Osserv. Alessandri).

In un caso E. Queme ha visto che una scheggia di obice entrata a un dito trasverso a destra della linea mediana anteriore dell'addome, su un piano orizzontale passante per i bordi costali, ed uscita quattro dita trasverse a destra della linea mediana posteriore, non aveva perforato il peritoneo, ma aveva girato attraverso i piani muscolari assai validi del ferito.

In un ospedaletto da campo, un ferito mi raccontava che quella stessa scheggia di granata che in lui aveva prodotto la frattura comminutiva esposta d'una gamba, aveva precedentemente colpito al capo un compagno che gli stava al fianco, uccidendolo. Ma il proiettile dopo il primo mortale ferimento, aveva urtato su un albero e colpito l'altro soldato di rimbalzo. L'agente vulnerante era costituito, in un ferito, da un grosso e durissimo pugno di fango, che lanciato con estrema violenza, aveva spappoiato le parti molli della regione postero-interna della coscia sinistra e si era arrestato sotto la cute della regione esterna, simulando la presenza di una grossa scheggia.

In un altro caso, l'intera spoletta d'uno shrapnel da 75 mm. aveva attraversato la radice della coscia sinistra dall'esterno all'interno, fratturando il collo chirurgico del femore ed arrestandosi sopra il pube, in corrispondenza dello spazio prevescicale, a contatto colla fascia trasversa dell'addome. Fu asportata e si ebbe la guarigione. (Osserv. Pisano).

In una interessante comunicazione fatta dal *Policlinico* nel dicembre 1917, si legge il caso di un soldato che porta senza disturbi degni di nota una palletta di shrapnel nella muscolatura del ventricolo destro del cuore. La pallottola è entrata dalla regione laterale sinistra toracica producendo un ematoma leggero sinistro.

In un caso osservato da me una scheggia di granata colpì nella regione dorsale mediana un soldato, producendogli una ferita a canale cieco, che terminava nello speco vertebrale. Alla ferita seguì paraplegia, disturbi vescicali e rettali. L'operazione mise in evidenza la frattura dell'arco vertebrale tra i cui frammenti era impigliata la fibbia del corpetto; addossata alla fibbia una grossa scheggia. Il midollo compresso ma non reciso. Si ebbe qualche miglioramento durante il decorso successivo all'operazione: non certo la guarigione completa.

In altri tempi, di fronte a casi simili, si sarebbe gridato all'inverosimile o si sarebbe invocato una forza soprannaturale per dare la spiegazione di essi. Ora invece la scienza tanto progredita, la chirurgia di guerra arricchita dal patrimonio delle osservazioni di tanti illustri autori, cui un sentimento di amor patrio, oltre che umanitario, ha condotto sul campo dell'immane conflagrazione, forniscono una spiegazione dei casi più inesplicabili.

Si sa che la portata nei fucili moderni varia dai 400 ai 6000 m., che il movimento dei proiettili è diverso a seconda della fase della traiettoria. Nel primo periodo della loro traiettoria in generale i proiettili hanno un movimento che non è uniforme, ma vorticoso. Fino ai 700 m. cioè la corsa si compone di tre movimenti, uno di propulsione, uno di rotazione intorno al proprio asse, dato dalla rigatura della canna, ed

uno a *bascule*, pel quale il proiettile rimanendo costantemente rivolto colla punta in avanti, descrive colla base un'ellisse. Se il proiettile in questo periodo della sua traiettòria urtasse contro un ostacolo, grazie a quest'ultimo movimento, potrebbe inclinarsi di lato e dare, per la resistenza che si oppone alla sua corsa, effetti distruttivi considerevoli. Un arto viene attraversato da parte a parte e l'osso fratturato a tipo comminutivo non solo, ma, siccome il proiettile imparte ai vari frammenti la sua stessa velocità, li trasforma in proiettili secondari.

Questi danno luogo ad altrettanti diverticoli che rappresenterebbero sul tragitto principale l'insieme dei rami secondari sul tronco principale d'un albero.

Si sa bene che secondo le fasi della traiettoria, varia la forza viva dei proiettili. Nei primi 500, 700 metri si possono avere effetti esplosivi per le ragioni suddette, poi sui mille metri si hanno perforazioni nette degli organi. Il collo può esser attraversato senza che i suoi organi vitali, pur essendo sfiorati, vengano lesi, e questo dipende dalla maggiore uniformità del movimento.

Si sa che il proiettile corazzato di 6.5 mm. del nostro fucile, ha una forza di penetrazione tale che a 500 m. può attraversare un'asse di legno molle di 50 cm. di spessore ed a 600 m. attraversa una piastra d'acciaio di 3 mm.; che a 1000 m. esso attraversa tre cadaveri messi in fila ed a 4000 m. esso è ancora capace di mettere un uomo fuori di combattimento.

Si sa ancora che nei proiettili a 1500 m. si possono avere fenomeni di scoppio ed al termine della traiettoria solo effetti contusivi; che l'urto nella traiettoria può deformare o far deviare i proiettili in modo da conferire loro carattere esplosivo o trasformarli in proiettili capovolti cui si connettono effetti distruttivi ragguardevoli. Questi effetti coi proiettili moderni si hanno, dunque, in date condizioni, mentre coi proiettili antichi senza camicia e suscettibili più facilmente di deformazione si avevano abitualmente; come, talora, si avevano i *colpi contornanti* con tragitto che dal petto, a volte, andava a finire in un braccio. Questi colpi così detti contornanti, in verità, si potrebbero avere coi nostri proiettili, ma si deve attribuirli alla posizione che il soldato aveva durante il ferimento od alla deviazione impartita al proietitile nella sua corsa da un ostacolo. Es.: una fascia tendinea, una cartilagine, un osso, quando però sia contemporaneamente diminuita la forza viva.

E questo che si dice per i proiettili di fucile o mitragliatrice, nelle ultime condizioni accennate si può estendere ai proiettili di artiglieria (pallette di shrapnel, scheggie di granata o di bomba) che colpiscono il bersaglio al termine della loro traiettoria.

Non hanno dunque un'intelligenza... speciale i proiettili per quanto possano avere un linguaggio, un rude linguaggio:

« *Mugge questa in suon d'ira e di dispetto,*
Manda quella un orrendo miagolìo,
Geme l'altra lontana in suon d'addio
Lungo, dolente, che ti stringe il petto ».

« *Sono sibili acuti, alti lamenti*
Ciniche risa, insulti, urli feroci
Di belve, d'assassini e di dementi ».

Ma questo linguaggio che è l'aperitivo... della paura pel soldato poco combattivo, è uno stimolante che suscita sdegni violenti e getta il seme di imprese ardite e memorabili nell'animo del soldato audace.

E termino con un ultimo episodio appreso dal Rossi-Doria.

In uno dei tanti bombardamenti cui furono fatte segno le nostre linee, una granata, caduta in pieno sopra un artigliere, lo ha polverizzato: se ne sono trovati piccolissimi frammenti sparsi ad enorme distanza. Ed un soldato che era a pochi passi è stato sbalzato sopra un albero ai cui rami si è potuto attaccare gridando, a molti metri d'altezza: hanno dovuto tirarlo giù con una scala. E mezz'ora dopo, trasportava proiettili in batteria!...

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Considerazioni su alcune malattie nelle quali può essere indicata la splenectomia.

(Dott. WILLIAM J. MAYO, Rochester, Minnesota, *The Lancet*, novembre 25, 1916).

Fisiologicamente la milza ha una limitata importanza, tanto che può essere asportata senza danno. La funzione splenica è oscura. Sappiamo che le cellule peculiari della milza hanno proprietà fagocitiche, che la milza sviluppa fermenti emolitici, che agisce come un filtro meccanico e che devia dal circolo generale una grande quantità di sangue per inviarlo, con definiti scopi, nel circolo portale. Essa si rigonfia durante la digestione e si impiccolisce negli intervalli. Da queste scarse conoscenze possiamo dedurre che sottragga al sangue battéri e protozoi e prodotti tossici e provveda alla trasformazione degli eritrociti

e mandi al fegato i prodotti residuali per renderli innocui o perchè vengano riutilizzati nei processi ricostruttivi. Alla milza sono state inoltre attribuite funzioni di secrezione interna; ma è incerta la prova che la sua secrezione interna abbia notevole importanza.

Patologicamente la milza ha una grande importanza. Essa è uno degli anelli di una catena di organi i quali, se malati, producono alterazioni mortali della composizione del sangue. Benchè la milza abbia poca importanza, essa costituisce in questa catena un anello che può essere asportato e la sua asportazione basta a rompere il circolo vizioso patologico.

Asportata la milza, il paziente guarisce, benchè questo organo sia piuttosto l'agente che la causa della distruzione del sangue.

Nella clinica di Rochester sono state eseguite 134 splenectomie con 12 casi di morte = 8,5 %.

Splenomegalie di origine parassitaria. — In condizioni normali gli agenti parassitari raccolti nella milza vengono inviati al fegato per esser distrutti. Sembra che la milza abbia un debole potere germicida. Se i germi si accumulano in quantità superiore alla capacità di liberarsene della milza, ciò si manifesta con la splenomegalia, come avviene nella tifoide, nella malaria, nella sifilide, nella tubercolosi e in altre infezioni. Tali casi possono richiedere l'operazione se fallisce l'azione dei medicamenti sui microrganismi annidati nella milza e questi tendono a reinfettare tutto l'organismo.

Un certo numero di germi può passare nel sangue e venir poi eliminato per diverse vie. Alcuni dalla corrente sanguigna passano nella milza e vengono distrutti nel fegato. Adami ha veduto che i germi vengono costantemente assorbiti nel duodeno e nel digiuno superiore e inviati al fegato per essere distrutti.

I germi giungono nel sangue da diverse vie. Eccles, studiando i poteri di resistenza cellulare alle invasioni batteriche, osserva che tale resistenza è un effetto dell'azione esercitata dai batterî precedentemente introdotti nella corrente sanguigna e che una precedente introduzione di batterî (come talvolta avviene attraverso le tonsille) è essenziale per lo sviluppo di tale difesa. Se ciò è vero, le tonsille e gli organi di protezione assumono talora la funzione di immunizzatori, permettendo l'ingresso di un certo numero di batterî e un leggero grado di infezione per sviluppare i poteri di resistenza contro un determinato microorganismo.

Vaughan fa considerare che l'infezione tifoide è presente durante il periodo prodromico e ciò che noi chiamiamo febbre tifoide è la reazione di difesa stabilitasi come risultato di questa infezione. Il periodo di incubazione sarebbe il tempo necessario a educare le cellule del corpo a reagire contro il bacillo tifico.

Partendo da questi concetti, si può dire che i bacilli circolanti nel sangue hanno talvolta un valore definito. Ora si deve ritenere che il sangue del corpo passi accidentalmente nella milza per filtrarsi dei batterî, o la milza ha una speciale attrazione per alcuni germi?

I lavori di Rosenow ci fanno credere che la milza attragga elettivamente alcuni germi e agenti tossici per radunarli e eliminarli.

Benchè l'A. abbia visto numerosi casi di splenomegalia tifica e abbia operato degli ascessi splenici da tifo, nessun caso ha richiesto la splenectomia. Egualmente in nessun caso di tumor di milza malarico ha ritenuto opportuno di operare.

Ha fatto una splenectomia per una *tubercolosi primaria della milza* e quattro splenectomie per *splenomegalia sifilitica.* I pazienti erano fortemente anemici e non avevano ricevuto giovamento dalle cure (con salvarsan, neo-salvarsan e con mercurio. All'operazione seguì una diminuzione dell'anemia e la guarigione completa e permanente fu ottenuta con un successivo trattamento specifico.

Furono eseguite 9 splenectomie per *splenomegalie piogeniche* e tra queste si ebbe un caso di morte. (L'A. promette di dare in seguito estese informazioni su questi casi).

Splenomegalia di origine tossica con anemia e cirrosi del fegato. — In questo gruppo la splenomegalia è dovuta ai prodotti tossici sottratti dal sangue. Essi poi, passando attraverso il fegato, producono la cirrosi epatica. La splenectomia in questi casi arresta non solo l'anemia, ma anche la cirrosi del fegato. È ciò che avviene nel *morbo di Banti.*

La milza assorbe dal sangue alcuni prodotti tossici che, per un certo tempo, vengono distrutti ed eliminati dal fegato al quale vengono avviati per mezzo della vena splenica. Se il fegato è insufficiente a eliminarli, si ha una proliferazione connettivale diffusa, che è la cirrosi.

Clinicamente l'*anemia splenica* è ben nota; ma molto oscura è la sua base patologica. Vi sono più varietà. Un tumore splenico con una anemia di tipo secondario sono più o meno caratteristici, benchè l'anemia possa essere assente per lunghi intervalli.

La malattia di Gaucher è generalmente inclusa nel gruppo delle anemie spleniche. Brill e Mandelbaum osservano che sarebbe più na-

turale classificarla tra le neoformazioni, poichè è essenzialmente una malattia degli endotelî. Herzog ritiene che l'anemia della *malattia di Gaucher* abbia i caratteri dell'anemia splenica; ma che si trovano all'autopsia delle neoformazioni endoteliomatose nel fegato e in altri organi. Se la milza viene asportata prima che si manifestino tali accidenti terminali, i pazienti guariscono, come è avvenuto nei casi di Gaucher e in un caso dell'A.

La malattia di Gaucher comincia in genere prima del 30º anno e prende un decorso cronico che si può prolungare anche per 25 anni o più.

La *malattia di Jaksch — anaemia pseudoleucemica infantum* — secondo Giffin andrebbe meglio classificata insieme con le anemie spleniche, essendo dovuto l'elevato numero dei leucociti e dei linfociti alla speciale reazione del sangue infantile. Nei più gravi casi di questa malattia può essere indicata l'asportazione della milza.

È difficile a spiegare come una splenomegalia possa essere la causa della cirrosi biliare, tuttavia i risultati delle splenectomie in casi di cirrosi biliare ci fanno credere che esistano dei rapporti tra la milza e lo stato del fegato e che questo, almeno in alcuni casi, possa essere favorevolmente influenzato dall'asportazione della milza.

L'A. ha eseguito 43 splenectomie per affezioni di questo gruppo. Ha avuto cinque morti alcuni dei quali sono da riferire ai primi tempi della sua pratica. Essi, con una scelta più esperta, si sarebbero potuti evitare.

Il miglioramento dell'anemia che segue all'asportazione della milza è sorprendente e rapido. Miglioramenti si hanno anche nei casi nei quali l'alterazione cirrotica del fegato si è già iniziata.

L'A., a proposito delle anemie spleniche, richiama l'attenzione sul fatto che uno dei più frequenti sintomi di esse è l'ematemesi. Si è inclinati ad attribuire le ematemesi alle ulcere per la grande frequenza con la quale esse vengono trovate anche in casi nei quali non avevano mai dato altri segni di sè. L'A., sulla sua esperienza e su quella di Balfour, afferma che nelle anemie spleniche le emorragie gastriche sono molto frequenti.

Esse non dipendono, come quelle dei cirrotici, da rottura di vene varicose esofagee, ma dalla rottura di vasi superficiali dello stomaco. Tutte le volte che rimanga sconosciuta la causa di una ematemesi si deve perciò ricercare se non sia di origine splenica e, per seguire il consiglio di Balfour, in ogni operazione per emorragia gastrica si deve prender nota delle condizioni della milza allo scopo di raccogliere su questo argomento una ricca statistica.

La somiglianza che presenta la malattia di Banti con la *cirrosi epatica*, nella quale la splenomegalia è apparentemente secondaria, ha spinto l'A. a eseguire la splenectomia in 3 casi di cirrosi epatica. In essi si ebbe un miglioramento considerevole dell'ascite e dello stato generale.

Un miglioramento si ebbe anche in tre casi di splenectomia per *cirrosi biliare*.

Splenomegalie associate con discrasie sanguigne. — Nella vita fetale la milza, il midollo osseo, le formazioni adenoidi e linfoidi del corpo e probabilmente anche il fegato hanno funzione ematopoietica. Il sangue primitivo è sangue bianco proveniente dalle cellule mesenchimali e gli eritrociti derivano dalle cellule bianche. Gli animali che hanno una sola specie di elementi sanguigni hanno sangue bianco; il sangue fetale primitivo è bianco.

La leucemia è stata considerata come un cancro del tessuto bianco del sangue, cioè una produzione di cellule embrionali sproporzionata alle funzioni organiche, alla quale prendono parte tutti gli organi emopoietici originari, precisamente come il sarcoma riguarda le cellule connettivali embrionali e il cancro le cellule epiteliali embrionali. La leucemia varia secondo gli organi nei quali l'emopoiesi patologica è più accentuata.

Comunque sono stati recentemente dimostrati dei fatti clinici i quali rendono probabile che la leucemia abbia con alcuni organi rapporti più stretti di quanto si tendeva a credere. Per es., nelle *leucemie spleno-mielogene* le applicazioni di raggi X sulla milza riducono le dimensioni di questo organo, diminuiscono il numero dei globuli bianchi e migliorano l'anemia; ma più tardi i raggi perdono questo potere. Il radium ha un potere anche più rapido.

Secondo l'esperienza dell'A. questi fenomeni non sono permanenti e, dopo un certo tempo, torna il tumore di milza con lo stato leucemico. Questo fatto ci conduce alla questione se convenga, durante il periodo di miglioramento, di eseguire la splenectomia per prolungare il beneficio palliativo. Alcuni casi dell'A. sembrano incoraggiare questo tentativo.

L'*anemia perniciosa* è stata pittorescamente definita come un cancro del tessuto rosso del sangue. Le autopsie mostrano che di solito la milza non è ingrandita; ma le splenectomie hanno mostrato all'A. che la milza è di solito ingrandita, a meno che non si tratti di casi molto avanzati nei quali la riduzione di volume dell'organo è un fenomeno terminale. Egli per-

ciò ritiene che la milza abbia una qualche importanza nella genesi dell'anemia perniciosa e, pur senza voler sostenere che in essa risieda la causa principale della malattia, riferisce la propria esperienza clinica, la quale indica che alla splenectomia segue spesso un lungo pediodo di miglioramento.

Eppinger ritiene che le modificazioni ematologiche siano terminali e che, se la milza viene estirpata precocemente, non si abbia alcun miglioramento.

In 48 splenectomie per anemia splenica l'A. ha avuto 3 casi di morte. Si è convinto che la mortalità operatoria può essere evitata, e difatti si è ridotta a zero nelle ultime 29 operazioni. I pazienti che soccombettero erano in uno stadio avanzato del male e furono operati, durante crisi, senza trasfusione. Se i pazienti non sono in grave stato o se vengono soccorsi con la trasfusione, la morte può essere evitata.

Miller ritiene che la splenectomia agisce o stimolando il midollo osseo o aumentando la resistenza degli eritrociti.

Le indicazioni alla splenectomia nell'anemia perniciosa sono così riassunte da Giffin il quale ha studiato i 48 casi dei Mayo. Dopo l'operazione si ha un miglioramento dello stato del sangue, del peso e delle condizioni generali nel 78 % dei casi. Il 68 % dei casi conserva questi vantaggi per sei mesi. La splenectomia può esser consigliata in soggetti giovani o di media età, in condizioni generali discrete, nei quali esista una attiva emolisi e un certo tumore di milza. La determinazione dei pigmenti derivati dal sangue nel contenuto duodenale indica il grado dell'attività emolitica, e la comparazione del grado di emolisi con la gravità dell'anemia è indice del potere produttivo del midollo osseo. La trasfusione eseguita prima dell'operazione migliora le condizioni generali del paziente e lo stato ematologico. L'operazione è pericolosa quando l'emoglobina è sotto il 35 % e gli eritrociti sono meno di 1,500,000.

L'*ittero emolitico*, insieme con l'anemia splenica, fornisce i casi più favorevoli per la splenectomia. Sembra che la funzione di distruggere i corpuscoli rossi si compia nella milza quando i corpuscoli rossi stessi presentino alcune caratteristiche. Le cellule peculiari della milza hanno proprietà fagocitiche, ma non si è riusciti (Herzog) a dimostrare una speciale distruzione fagocitica di globuli rossi. Si è perciò ritenuto più probabile l'influenza di fermenti, benchè sia incerto se essi vengano prodotti dalla milza o se vengano portati alla milza per esplicare la loro azione. Chauffard e Widal hanno dimostrato che nell'ittero emolitico i globuli rossi sono meno resistenti dei normali e che, per questo motivo, essi soccombono. Alcuni organi o tessuti imprimono ai globuli rossi un danno mortale e la milza ne compie la distruzione. Il tumor splenico può perciò esser considerato come una ipertrofia da lavoro. La splenectomia nell'ittero emolitico dà risultati meravigliosi: l'ittero scompare in pochi giorni e l'anemia secondaria preesistente in due o tre settimane guarisce.

L'ittero emolitico è di due tipi: l'acquisito di Hayem e Widal e il familiare o congenito di Minkowski. Il primo tipo è grave e ordinariamente conduce a morte; il secondo può durare per anni lasciando i pazienti in discrete condizioni benchè soffrano a periodi di esacerbazioni del lieve ittero permanente, con sofferenze nelle regioni del fegato e della milza, che sono tumefatti, cefalee, malessere e modica febbre.

Il tipo acquisito dell'ittero emolitico è probabilmente stato confuso con la cirrosi biliare a cagione della epato- e della spleno-megalia. Questa confusione non dovrebbe avvenire, a meno che non coesistesse una calcolosi biliare, perchè nell'ittero emolitico i pigmenti biliari si trovano nelle feci, mentre mancano nelle urine. L'esame del sangue svela la diminuita resistenza delle emazie e la prova di Schneider, eseguita sul contenuto duodenale estratto con il tubo duodenale, mostra un eccesso di urobilinogeno e di urobilina.

Disgraziatamente la coesistenza di calcoli biliari non è rara. Forse ciò si deve all'aumento della densità della bile. A rendere oscura la diagnosi possono per conseguenza concorrere le coliche, le angiocoliti e l'ostruzione biliare.

L'A. su 13 splenectomie per ittero emolitico ha avuto un solo caso di morte in un individuo che fu operato durante una crisi. EGIDI.

COMMENTI.

Per la storia della sifilide.

Roma, 16 aprile 1918.

A proposito dell'articolo riassunto dal prof. Bilancioni nella *Sezione pratica*, n. 15 di quest'anno, dal titolo « Furono i marinai di Cristoforo Colombo i primi sifilitici europei? » mi permetto segnalare quanto scrive su quest'argomento l'illustre Salvatore di Giacomo nel suo bel libro « La prostituzione a Napoli » (Napoli, Marghieri, 1899, p. 52 e seg.). Quest'autore propende invece ad ammettere l'origine americana della sifilide ed in ogni modo combatte validamente l'opinione dell'Hesnaut, il quale afferma che già nel 1492 l'esistenza della sifilide era conosciuta in Italia (pag. 54)

e ritiene altresì provata « l'origine italiana del male venereo per quanto riguardi la Francia » (pag. 57).

A sostegno dell'altra tesi ricordo per contro il lavoro del dott. J. M. Roca di Barcellona, comunicato al VII Congresso internazionale di Dermatologia e Sifiligrafia (Roma, 1912), in cui si combatte l'opinione dell'origine americana della sifilide e sono contenuti alcuni documenti, sin'allora inediti, che gettano qualche luce sulla questione la quale ciò non pertanto può ritenersi ancora *sub judice*.

Con ringraziamenti

dev.mo

VINCENZO MONTESANO.

Sulla dermatite da saggina.

Guastalla, Ospedale Militare, 18 aprile 1918.

Ill.mo Sig. Redattore Capo,

Leggo nel fasc. n. 15 (14 aprile c.) del *Policlinico*, Sez. Pratica, il lavoro: *Dermatite di probabile origine parassitaria nei raccoglitori di saggina* (*Sorghum vulgare*), del dott. G. Hoffer.

In detto lavoro, dopo aver descritto casi di speciale dermatite in lavoratori di saggina, si accenna che il chiarissimo prof. G. B. Fiocco, invitato a visitare gli infermi, *emise il sospetto che alla azione meccanica o chimica della polvere di saggina, potesse andare associato etiologicamente un agente di natura parassitaria*, e più avanti si accenna che il prof. Fiocco riuscì a rivelare la presenza di qualche raro esemplare di *tiroglyphus*, che sarebbe un parassita occasionale della cute umana.

Mi permetta, ill.mo sig. direttore, di far presente che, dopo aver pubblicato, nella rivista *Il Lavoro* (dicembre 1917) una nota *Sulle condizioni di lavoro nelle industrie delle scope*, ove dettagliatamente ho esposto le modalità di tale lavorazione, di cui fa cenno il dottor Hoffer, in altro mio lavoro, *Polveri e cascami di saggina in rapporto alla igiene del lavoro degli scopai*, pubblicato nella *Rivista di Igiene e Sanità Pubblica*, n. 1 (gennaio) 1918, ho esposto le ricerche microscopiche e sperimentali eseguite nel Laboratorio di Igiene della R. Università di Parma, diretto dal prof. E. Bertarelli, venendo a conclusioni che certamente possono avere fondamentale interesse in questa questione. In rapporto alla quale ho allegata anche una tavola, riguardante appunto il *Sorghum vulgare*.

Sono certo pertanto che Ella vorrà pubblicare questi miei schiarimenti, i quali, se non intendono di porre la questione di priorità nella ricerca batteriologica, la quale anzi ho creduto da parte mia superflua, parendomi aver raggiunta per altra via la prova eziologica, intendono, invece, a far atto di omaggio verso le due Riviste italiane dianzi ricordate.

Un riassunto di essi sta per pubblicarsi nel numero prossimo dei *Quaderni di Medicina Legale*, ove, trattando l'argomento *Malattie e stimmate degli scopai*, propongo che, in aggiunta alle numerose *dermatosi dei lavoratori* elencate nell'ottimo libro del Montesano, si ammetta un'altra dermatosi professionale, quella appunto degli scopai; e mi riferisco ad osservazioni mie e di altri, che datano da venti anni or sono, fino ad oggi.

Ringraziando fin d'ora, e con distinti ossequi

Suo dev.mo

Dott. PRASSITELE PICCININI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medica di Parma.

Seduta del 22 febbraio 1918.

Esempi rari della tolleranza del polmone e del cuore ai moderni proiettili di guerra.

Dott. A. ROSSI. — Illustra con proiezioni di fotografie e radiogrammi due osservazioni di eccezionale rarità: un fuciliere che da un anno è portatore di una scheggia di granata cilindro-conica a margini frastagliati e taglienti del volume di un grosso dito pollice, nel lobo inferiore del polmone sinistro, in prossimità dell'ilo; questo proiettile non dava al fuciliere il più piccolo disturbo.

Il secondo caso si riferisce ad un fuciliere portatore di una pallottola di shrapnell, libera nel ventricolo destro del cuore, animata da movimenti elissoidali e vorticosi. Il fuciliere non si lamenta che di lieve dispnea da sforzo e di dolore alla spalla sinistra. Questo caso che desta vivamente l'interesse dell'assemblea dà occasione all'O. di fare alcune importanti considerazioni sulla diagnosi di sede del proiettile, sulla validità del portatore, sulla convenienza o meno di un intervento operativo.

Per la numerazione delle emazie granulose.

Prof. RAVENNA F. — Il mezzo più opportuno per ottener il numero esatto, relativo ed assoluto di emazie granulose contenute in un mmc. di sangue consiste nel diluire il sangue nella pipetta per i globuli rossi dell'apparecchio Thoma Zeiss con una soluzione di cloruro di Na al 0,75 % contenente Brillantcresylblau nelle proporzioni del 0,08 % e mantiene i preparati allestiti sulla camera dell'ap. stesso per 30'-40' a 16°-18°, o per 10'-15' a 37°.

Dott. A. ROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I tumori primitivi della pleura.

I tumori primitivi della pleura (Pallasse e Roubier, *Annales de médecine*, 1916, n. 3), possono essere benigni, misti e maligni.

Le forme benigne sono molto rare: per lo più sono state constatate all'autopsia, ma non mancano tumori che per il loro volume danno dei sintomi durante la vita. Si presentano come masse irregolari e bitorzolute della pleura parietale, talora come vere escrescenze polipoidi di volume considerevole e spingentisi nella cavità pleurale. Si tratta di rari casi di adenomi e condromi e più frequentemente di lipomi e fibromi. Insieme a queste forme benigne bisogna ricordare alcune neoplasie infiammatorie, sifilomi e tubercolomi, che possono ad un esame superficiale essere confuse con tumori benigni o maligni.

I tumori misti della pleura sono quelli che al principio assumono una forma benigna ed hanno in seguito un'evoluzione maligna. Sono stati descritti casi di condrosarcoma, di fibromiosarcoma, di mixosarcoma, di mixolipoma sarcomatoso.

I tumori maligni primitivi della pleura per quanto sempre rari, sono un po' più frequenti dei precedenti. Talora assumono la forma di vasti inspessimenti pleurali, tal'altra di masse circoscritte più o meno voluminose o di noduli cancerosi multipli e disseminati. Il più delle volte la sierosa, sopra tutto la porzione parietale, è trasformata in un tessuto biancastro, lardaceo, di 12-15 mm. di spessore, la cui superficie, talora liscia, è spesso coperta di depressioni o escavazioni. Sono state descritte forme di cancro diffuse e circoscritte, che talora raggiungono perfino il peso di 5-6 kg., di sarcomi e di endoteliomi.

La sintomatologia dei tumori pleurali varia secondo il tempo in cui si fa l'osservazione, e le differenze della loro evoluzione clinica sono in rapporto a parecchi fattori:

a) la benignità o la malignità del neoplasma: è certo che in linea generale i tumori maligni hanno una evoluzione più rapida, provocano metastasi e cachessia. Tuttavia questa distinzione non ha sempre una importanza capitale dal punto di vista clinico, in quanto che specie nelle forme voluminose tanto nell'uno che nell'altro caso i disturbi sono in rapporto a fatti di natura meccanica di compressione mediastina, ed i pazienti più che per la cachessia soccombono per asfissia meccanica;

b) il volume del tumore: i tumori di piccolo volume e ad evoluzione lenta non hanno interesse clinico ed in genere essi sono scoperti solo all'autopsia; soltanto i tumori di volume molto notevole possono rilevarsi clinicamente:

c) la diffusione o la limitazione del neoplasma costituiscono elementi ancora più importanti. Quando i tumori hanno una forma diffusa, ossia si presentano anatomo-patologicamente come un ispessimento generale dei foglietti pleurali o come noduli multipli e disseminati sulla sierosa, essi si rivelano sopra tutto con sintomi di pleurite emorragica abbondante. Quando invece il tumore è circoscritto, unico, voluminoso, e riempie la cavità pleurica, non v'ha spandimento ed il quadro clinico è differente.

La forma diffusa con pleurite emorragica è propria dei tumori designati col nome di endoteliomi. Quando in un individuo di 30 a 60 anni si constatano segni di pleurite con forte dispnea, dolore toracico più o meno accentuato, liquido emorragico alla puntura, e si ha ragione di eliminare in base al decorso clinico ed all'esame del liquido ogni altra affezione accompagnata in pleurite emorragica, si può pensare ad un neoplasma; ma è spesso difficile decidere se si tratti di un cancro primitivo della pleura o di uno spandimento in rapporto ad un neoplasma primitivo del polmone. È vero che in questo caso in genere si ha anche emottisi, ma si tratta di un sintomo che può anche mancare.

Vi sono per altro alcuni sintomi che indirizzano verso la diagnosi di cancro pleurale primitivo: 1° il colore del liquido è molto scuro e comparabile a quello del sangue venoso puro; 2° l'assenza di modificazioni dei segni fisici dopo le abbondanti aspirazioni di liquido sarà un sintomo di presunzione, perchè l'ottusità e l'oscurità del respiro sono in rapporto con l'ispessimento della pleura parietale; 3° l'esistenza di fatti di compressione degli organi toracici coesistenti con una pleurite emorragica avranno un valore particolare, ma è pur vero che questi sintomi possano aversi anche nei neoplasmi pleuro-pulmonari; 4° la sensazione di resistenza a la penetrazione dell'ago nella cavità pleurale, esponente dell'ispessimento della pleura parietale è un segno difficile ad apprezzarsi e che si può avere in tutte le pleuriti di lunga durata; 5° la retrazione della parete non ha un gran significato. Si attribuisce un maggior valore alla produzione di nodosità neoplastiche al punto della puntura, a

l'esistenza di nodosità sporgenti negli spazii intercostali o al disotto del bordo costale; 6° le adenopatie ascellari o sottoclavicolari di solito mancano nel cancro pleurale.

Tutto sommato per quanto completa possa essere la sintomatologia, la diagnosi rimarrà sempre indecisa, e difficilmente si potrà stabilire se il cancro è primitivamente pleurale, o se la pleurite maschera un cancro primitivo del pulmone nei casi in cui questo non s'accompagna a fatti schiettamente pulmonari come l'espettorazione caratteristica.

Nelle *forme circoscritte* si tratta di voluminosi tumori della pleura (fibromi, fibrosarcomi mixomatosi, mixolipomi, tubercolomi, sarcomi, fibrosarcomi, ecc.), che si manifestano clinicamente quando il neoplasma divenuto voluminoso, riempie la cavità pleurica, sposta il pulmone ed il cuore e comprime gli organi mediastinici.

Nel periodo d'inizio non si ha alcun fatto caratteristico.

Il periodo di stato si stabilisce progressivamente con sintomi pseudo-pleuritici ad una base o a tutto un emitorace e con sintomi di spostamento e di compressione degli organi vicini. In corrispondenza dell'emitorace affetto (per lo più a destra) si ha incurvamento della parete, ottusità assoluta nella metà o nei due terzi inferiori, diminuzione o abolizione delle vibrazioni, oscurità del respiro ordinariamente senza soffii nè egofonia, al lato opposto esiste una respirazione forte compensativa.

Se il tumore è localizzato a sinistra il cuore è spostato verso destra, se a destra il cuore è deviato a sinistra ed in basso. Il fegato è abbassato di qualche dito trasverso.

L'espettorazione di solito non ha nulla di caratteristico: nel periodo avanzato può essere sanguinolenta in rapporto a fatti congestivi del pulmone o a suppurazione di nuclei neoplastici secondarî pulmonari. I varî organi del mediastino possono essere compressi: la compressione dell'arteria sottoclavicolare darà ineguaglianza del polso radiale; quella dell'esofago una disfagia accentuata; quella della trachea o d'un bronco accessi di soffocazione e cianosi; più frequenti sono le compressioni della vena cava superiore o dei tronchi venosi brachio-cefalici con edema talora unilaterale limitato ad un braccio, a una metà del torace o con dilatazione talora enorme delle vene sottocutanee in corrispondenza dell'emitorace affetto. Anche qui le adenopatie ascellari o sottoclavicolari sono di solito assenti. La puntura esplorativa, tranne i rari casi nei quali si può estrarne una piccola quantità di liquido, è in genere negativa; si ha la sensazione che l'ago penetri in una massa dura. Elementi diagnostici di notevole importanza dà l'esame radioscopico. A differenza di quanto si ha negli inspessimenti pleurici l'opacità ha contorni molto netti ed il limite superiore forma una curva con convessità in alto. Il reperto radiologico d'altra parte dà anche dei dati per la diagnosi differenziale con i neoplasmi sotto diaframmatici, in quanto che nei tumori pleurici il limite superiore dell'opacità si eleva durante l'inspirazione e si abbassa nell'espirazione.

La temperatura è in genere normale, quando si ha febbre del resto sempre leggera, si deve pensare ad infezioni pulmunari sopraggiunte. La cachessia di solito non è accentuata e la morte si verifica per asfissia.

Oltre alla cura medica puramente palliativa e sintomatologica si è pensato in questi ultimi anni al trattamento chirurgico. Ma questo per ovvie ragioni non può essere tentato quando i focolai neoplastici siano multipli o quando la massa del tumore sia abbastanza voluminosa.

L'intervento chirurgico dovrebbe essere quindi limitato ai casi nei quali il tumore sia unico o di piccolo volume, ossia agli stadii iniziali, nei quali a vero dire l'affezione decorre senza o con poco accentuati sintomi subbiettivi o con fatti obbiettivi ancora meno evidenti.

a. a.

TERAPIA.

Le dosi di siero per la cura della difterite.

Comby (*Presse Médicale* 1918, n. 5) rileva che ancora troppi medici, trattenuti dal timore di nuocere, esitano ad iniettare subito ed in dosi sufficienti il siero curativo nei casi sospetti di difterite. La esperienza ha oramai dimostrata la necessità della sieroterapia precoce e generosa e la sua innocuità.

Il medico deve in ogni caso sospetto procedere alla iniezione del siero, senza attendere il risultato dell'esame batteriologico. Facendo altrimenti egli corre il rischio di giungere troppo tardi, quando cioè ogni trattamento rimane inefficace. E conviene che le dosi siano generose. Una larga e lunga esperienza ha assodato che le iniezioni e le reiniezioni sottocutanee di siero sono assolutamente inoffensive. Anche se si vuole ammettere che la percentuale degli accidenti anafilattici sia alta (secondo l'A. non supera il 15 %) essi sono sempre minimi, effimeri, mai mortali (eritema, urticaria, artralgie, febbre). Il timore di questi accidenti in

nessun caso deve trattenere il medico dal somministrare immediatamente un medicamento di indiscussa efficacia per una malattia molto pericolosa.

L'A. perciò consiglia di trattare tutte le angine difteriche o difteroidi prima dell'esame batteriologico, mediante una iniezione di siero mai inferiore a 20 cmc. (2500 unità immunizzanti per cmc.), e nei casi gravi anche di 40, 60 e 80 cmc. Questa iniezione potrà essere ripetuta nelle ventiquattro ore, secondo le indicazioni: certi casi esigono una dose totale di 200-300 cmc.

Per facilitare la sieroterapia intensiva, che s'impone nelle forme gravi, è consigliabile mettere in commercio fiale più grandi di quelle ora in uso: le più piccole di 10 cmc. per iniezioni preventive, mentre per scopi curativi occorrono fiale di 40 oltre che di 20 cmc. *a. a.*

Quanto si deve protrarre la sieroterapia antimeningococcica?

Se ne occupano Nobécourt e Peyre (*Presse méd.*).

La condotta da seguire nella sieroterapia della meningite cerebro-spinale è assai chiara: occorre cioè iniettare, da 2 a 4 volte, una quantità di siero di 50-100 cmc. Tuttavia tali dosi non sono sempre sufficienti, sicchè occorre talvolta salire fino a 10, 15 e anche più iniezioni. Secondo gli AA. il metodo migliore è di continuare le iniezioni fino a quando il liquido cefalorachidiano ha ripreso l'aspetto normale, ciò che, in generale, rappresenta il miglior segno dell'avvenuta cessazione del processo infettivo.

Tuttavia non basta sempre il constatare la ricomparsa del liquido chiaro per giudicare l'avvenuta guarigione; mentre d'altro canto gli inconvenienti della sieroterapia prolungata sono stati messi in evidenza da numerosi autori. È bene quindi che il medico sappia valutare esattamente il valore che ha la limpidezza del liquido in confronto ai caratteri che il liquido stesso mostra all'esame citologico, batteriologico e chimico.

La scomparsa dei meningococchi ha un significato assai poco importante, giacchè tali germi sono rari nel liquido estratto alla prima puntura, e ancor più rari in liquidi purulenti estratti più tardi. Sarebbe quindi un grave errore basarsi sull'assenza dei meningococchi per interrompere la cura sieroterapica.

La trasformazione della formula polinucleare iniziale in formula mista e poi in formula linfatica indica il passaggio dell'infezione allo stato subacuto o addirittura la cessazione di essa.

Altri mezzi di indagine sono costituiti dalla numerazione dei leucociti e dal dosaggio dell'albumina nel liquido cefalorachidiano. Gli AA. espongono i risultati dei loro studi in proposito.

Nel liquido cerebro-spinale di soggetti non meningitici gli AA. hanno riscontrato un numero di leucociti assai scarso, variante da 0 a 183 per mmc. Nei casi di meningite cerebro-spinale invece si contavano da 740 a 26,600 leucociti per mmc.

Ordinariamente questo numero aumenta ancora dopo la prima iniezione di siero antimeningococcico. Invece dopo la seconda iniezione si inizia una rilevante diminuzione, che va accentuandosi più o meno rapidamente, sicchè, nei giorni successivi all'ultima iniezione, si contano da 31 a 460 leucociti per mmc.

In genere esiste una concordanza sufficientemente netta tra l'aspetto del liquido e il numero dei leucociti, sicchè risulta giustificata la regola di continuare le iniezioni di siero fino a quando il liquido cerebro-spinale appare chiarificato. Le osservazioni degli AA. non consentono di risolvere il quesito, se, cioè, quando in liquido chiaro esistono leucociti ancora in quantità maggiore del normale, debba o no venir prolungato il trattamento.

Il dosaggio dell'albumina è stato praticato dagli AA., nel liquido centrifugato, mediante il rachialbuminometro di Sicard e Cantaloube. In 25 soggetti non meningitici si misurarono cgr. 10 a cgr. 60 per mille. Nei casi di meningite cerebro-spinale il tasso dell'albumina risultava invece assai più elevato (in un caso gr. 6,80 per litro). Sotto l'influenza delle iniezioni di siero, la quantità di albumina diminuisce; ma anche quando la guarigione clinica è avvenuta e il liquido è ritornato chiaro il tasso di albumina rimane elevato.

In complesso la numerazione dei leucociti e il dosaggio dell'albumina confermano la nozione generalmente ammessa, che cioè si debbano continuare le iniezioni di siero fino a quando il liquido cefalorachidiano sia divenuto chiaro. Tuttavia, siccome in qualche caso gli AA. hanno potuto constatare che, malgrado la trasparenza del liquido, l'infezione non era estinta, la numerazione dei leucociti, l'esame della formula leucocitaria e l'albuminometria meritano di venir presi in considerazione come sussidi diagnostici per fissare il momento opportuno in cui cessare la sieroterapia.

V. F.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. LAVERAN. *Leishmanioses.* Un vol. in-8° di oltre 500 pag. con 40 fig. e 5 tav. fuori testo. (Masson et C.ie, éd., Parigi. Prezzo L. 15).

In quest'opera importante, il Laveran tratta le diverse forme di leishmaniosi, cioè il kala-azar, il bottone d'oriente, la leishmaniosi americana della pelle e delle mucose, provocata da un organismo assai simile alla *Leishmania tropica* e la leishmaniosi canina, che si collega intimamente al kala-azar infantile.

La limpida chiarezza dell'esposizione, l'abbondante messe di osservazioni e di fatti disposti in un ordine sistematicamente organico rendono quest'opera magistrale di lettura agevole e proficua. Generalmente viene messo in giusta luce il largo contributo dei ricercatori italiani.

I medici italiani, che più di altri hanno occasione di osservare forme di leishmaniosi, troveranno grande utilità nella consultazione di questo pregevole lavoro. FIL.

P. ARMAND-DELILLE, G. PAISSEAU, P. ABRAMI, H. LEMAIRE. *Le paludisme macédonien.* Un vol. in-16°, di 120 pag. con fig. ed una tavola fuori testo. (Collection Horizon. Masson et C.ie, éd., Parigi. L. 4).

Le febbri malariche sono sempre gravi negli eserciti in guerra: si comprende quindi come tale gravità sia eccezionale nella bassa pianura paludosa, percorsa dal Vardar, prima di sboccare nell'Egeo. Ivi l'85 % dei casi è dato dalla terzana maligna, ed il rimanente dalla terzana benigna, mentre la quartana vi è rarissima.

La particolare intensità dell'endemia palustre vi è mantenuta da una grande quantità di malarici e da una straordinaria densità anofelica: le condizioni imposte dalla guerra aggravano particolarmente questo stato di cose.

Gli AA. descrivono le principali forme cliniche dell'infezione malarica, fra cui distinguono il paludismo primario (a forma di imbarazzo gastrico, ad andamento tifoide, ecc.), e quello secondario, in cui si ha la successione regolare dei cicli evolutivi e la comparsa di accessi febbrili disciplinati. Passano poi alla diagnosi parassitologica ed al trattamento.

Facciamo le nostre riserve sui caratteri *troppo particolari* che gli AA. attribuiscono alla malaria di Macedonia e sui vantaggi che offre la loro distinzione delle forme cliniche. INDEX.

DI GUGLIELMO prof. GIOVANNI. *La leucemia acuta.* Un vol. in-4° di oltre 100 pag. con 4 tav. colorate. N. Jovene, Napoli.

In questo libro d'insieme sulla leucemia, l'A. espone con chiarezza i vigenti concetti sull'argomento ed illustra le sue ricerche personali che riguardano sia l'istogenesi del sangue, sia le osservazioni cliniche.

Per quanto riguarda la patogenesi, la leucemia è costituita da un'iperplasia generalizzata delle unità anatomiche del tessuto ematopoietico, colpite da insufficienza nella loro funzione utoematogena.

Nell'eziologia la teoria infettiva è quella che gode attualmente il più largo favore; le ricerche dell'A. in questo senso sono però rimaste negative. INDEX.

JUAN CARLOS NAVARRO. *Linfadenias en la Infancia.* Un vol. in-8° di 340 pag. con tavole di microfotografie fuori testo. (Libreria di A. Guidi Buffarini, Cordoba - Buenos Aires).

L'espressione linfadenia indica l'iperplasia generalizzata degli organi linfoidi, a causa sconosciuta; essa è più che altro un concetto clinico, mentre le caratteristiche anatomo-patologiche presentano grandi differenze.

L'A., che insegna clinica pediatrica nella Republica Argentina, ha studiato, anche col sussidio di ricerche personali, l'interessante questione, in cui le ricerche dei diversi autori spesso si contraddicono e l'espone in modo chiaro e sintetico, evitando l'ingombrante ed inutile fardello di una lunga lista di citazioni bibliografiche, e riassumendo i risultati in sobrie conclusioni. Esse si riferiscono sia alla parte teorica (unità originaria degli organi emopoietici, identità della forma leucemica ed aleucemica delle linfoadenosi e mielomatosi), che a quella pratica (diagnosi e terapia). I. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

RUSCA P. Ipetermie mestruali e tubercolosi polmonare. — Pavia, 1915.

BORINI AGOSTINO. Filaria nei sacchi aerei del Picchio muratore («Sitta Caesia», Wolf). — Torino, 1916.

MASSI ULISSE. Della meningite cerebro-spinale epidemica. — Bologna, 1916.

BILANCIONI GUGLIELMO. Diaframma osseo congenito della coana sinistra. Contributo clinico ed operatorio. — Biella, 1916.

LOVADINA LUIGI. Cirrosi epatica di Laënnec o tumore cistico vegetante dell'ovaio? Studio diagnostico-clinico. — Siena, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per una Medaglia al Merito della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana, come dalla dispensa n. 15 pag. 877 del suo Giornale Ufficiale, ha istituito una medaglia al merito per i suoi ufficiali. Ma non per tutti; bisogna distinguere. Per coloro che sono stati in zona di guerra sempre alla dipendenza diretta della Croce Rossa, no. Per coloro che, prestati alla Sanità Militare per il periodo della guerra, pur rimanendo nell'organico della C. R., hanno tenuto alto il prestigio ed il nome dell'Associazione presso l'Esercito combattente, affrontando i maggiori sacrifici e disagi e rischiando la vita, per questi neppure. Possono solamente aspirare a questa onorificenza coloro che hanno prestato sempre servizio in zona territoriale. Se questa onorificenza significa la gratitudine ed il premio che l'Associazione tributa a coloro che più si sono distinti per il servizio prestato, perchè debbono esserne esclusi tutti coloro che hanno affrontato i maggiori sacrifici ed i maggiori pericoli, solo perchè il loro dovere lo hanno esercitato in zona di guerra od in zona di operazione? È il miglior sistema per creare dei malumori in un momento nel quale non ci dovrebbero essere: a rimediare a questa evidente ingiustizia occorrerebbe estendere il diritto ad aspirare a tale onorificenza a tutti gli ufficiali della Croce Rossa Italiana.

Cap. med. BUTTAZZONI ALDO.

ATTI PARLAMENTARI.

Per i militari tubercolotici.

Rispondendo all'on. Maffi, il gen. Meomartini, sottosegretario alla guerra, ha posto in rilievo che per le riforme ai soldati affetti da malattie dei polmoni il nostro Governo ha preso disposizioni tali, che pongono l'Italia all'avanguardia delle provvidenze in materia. Ha letto una circolare con cui si dispone che chiunque presenti un sospetto qualsiasi di essere affetto da tubercolosi o da sintomi di malattie non ben definibili dei polmoni, sia prontamente inviato negli appositi stabilimenti di osservazione, donde vengono poi inviati negli speciali sanatorî, se riconosciuti malati.

L'on. Maffi ha riconosciuto la buona volontà del Ministero, ma ha formulato alcune riserve.

Contro le malattie provocate e simulate nell'Esercito.

L'on. Dorè ha presentato la seguente interrogazione al Ministro della Guerra:

« Per sapere se non creda che, come è stato provveduto opportunamente a reprimere il contagio volontario del tracoma, negando ai tracomatosi l'inabilità generica ai servizi militari, non possa e non debba esser provveduto anche a reprimere la diffusione e la simulazione dei disturbi psichici e di quelle malattie nervose che non abbiano evidente o proporzionale base organica, sottoponendo a nuovo ben ponderato e sistemato esame tutti coloro che si qualificarono affetti da psico-nevropatie, per toglierli ad un vagabondaggio che diventa non di rado contagioso e criminoso in mezzo alla popolazione borghese, alle caserme e agli ospedali; e poi utilizzarli — sempre che sia possibile — in centri agricoli ed industriali, ed anche nelle retrovie e al fronte ».

Militari affetti di tifo.

All'on. Falcioni il Ministro della guerra rispondeva per iscritto:

« I militari affetti da forme tifoidi sono trattenuti negli ospedali militari sino a che sia assicurata la completa guarigione clinica, fino a quando cioè non possano più correre pericolo alcuno di ricadute, e fino a quando essi non possano più costituire causa di contagio per i loro compagni o per le persone della loro famiglia, qualora venissero inviati in licenza.

La licenza però non può essere un diritto, perchè nei casi non infrequenti, nei quali la forma infettiva intestinale sia stata di brevissima durata, e non abbia lasciato alcun reliquato apprezzabile, il militare può anche essere inviato in un convalescenziario militare, o essere restituito al deposito reggimentale con un congruo periodo di riposo.

Quando invece la forma infettiva intestinale sia stata di più lunga durata, o di maggiore gravità, è norma costante dei medici curanti di proporre il convalescente per un periodo di licenza, che può variare naturalmente a seconda dello stato fisico e delle condizioni generali all'atto della dimissione dall'ospedale.

Per i militari però provenienti dalla zona di guerra e ricoverati in ospedali territoriali per qualsiasi motivo, è stato disposto che essi non siano mai inviati ai Depositi, senza che prima sia loro concessa una breve licenza di sette giorni da trascorrere in famiglia.

In tesi generale poi è da osservare che il Ministero non potrebbe disciplinare con norme tassative la concessione delle licenze di convalescenza, senza provocare inconvenienti; giacchè soltanto i medici curanti possono e debbono essere arbitri nell'accordare le licenze stesse, poichè essi soltanto sono in grado di valutare tutti gli elementi clinici che legittimano o consigliano per il paziente un periodo adeguato di convalescenza, onde ristabilirsi pienamente in salute e poter riprendere quindi regolare servizio.

A tal uopo, con circolare n. 1083-49 del 4 gennaio ultimo scorso, diretta a tutte le Autorità militari territoriali, questo Ministero stabiliva che nessuna Autorità territoriale potesse fare restrizioni, con norme di massima, sui limiti delle licenze di convalescenza fissati dalle Autorità sanitarie ».

MEDICINA SOCIALE.

Per gli invalidi del lavoro.

Il problema della previdenza cessa ormai di essere puramente individuale per assumere l'importanza di una grave questione sociale. È la società stessa, che ha il dovere di intervenire per soccorrere i miseri, per illuminare gli ignari, per spronare i pigri, ed ha il diritto di premunirsi contro ogni tentativo di sfruttamento. Le vaste opere di previdenza sociale, dovunque iniziate, dimostrano che tutte le nazioni civili hanno compreso i doveri che loro incombono davanti alle masse. Imponente fra questi è il problema degli invalidi al lavoro, specialmente per malattia e per vecchiaia, che non può risolversi più, oggi, con i criterî cui una volta si informavano gli istituti giuridici della pubblica o della privata carità, ma con la vasta concezione moderna dell'assicurazione sociale, integrata dall'assistenza pubblica, che è essenzialmente funzione di Stato.

Questo problema viene ampiamente trattato dal dott. V. Magaldi, vice presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, nella *Rassegna di Assicurazioni e Previdenza Sociale* (n. 11, 1917).

L'importanza di tale questione per l'Italia appare evidente quando si conoscano quanti siano in Italia gli inabili al lavoro, come risultano da una inchiesta che risale al 1902: a quel tempo ve n'erano 54,392 ricoverati, 31,568 assistiti a domicilio ed altri 60,527 privi di qualsiasi aiuto, nel complesso dunque 146,487. Nell'ipotesi che per il mantenimento di questi invalidi, fossero sufficienti 50 centesimi al giorno, occorrerebbero L. 26,733,877.50 all'anno; totalizzando tutte le risorse di ricoveri pubblici e privati si potrebbe arrivare a L. 12,989,799, e quindi con un *deficit* di L. 13,744,078.50. In questo frattempo, poi, il numero degli invalidi è certamente aumentato, e con esso quindi l'onere per il loro mantenimento.

L'A. esamina quindi largamente i provvedimenti legislativi, che già sono in funzione in altri Stati, soffermandosi particolarmente su quelli del Belgio, dell'Inghilterra, della Germania. Essi integrano in un armonico complesso legislativo l'assicurazione contro la invalidità, da infortunio, da malattia, da vecchiaia, e nel mentre assicurano il benessere delle classi lavoratrici, esercitano una notevole influenza nel campo dell'igiene sociale, inducendo ad una riduzione della invalidità stessa e lottando efficacemente contro la tubercolosi, l'alcoolismo, le malattie sessuali. Le casse di invalidità hanno contribuito largamente alla costruzione di ospedali, ospizi, sanatorî, case operaie, ecc.

Questi Istituti assicuratori, con la cooperazione dei padroni e degli operai, hanno cooperato in Germania per tener alto lo spirito di concordia sociale e nazionale nel grave momento che quel paese traversa e sono state una delle cause non ultime della resistenza del popolo tedesco alla guerra.

L'Italia, purtroppo, si trova, sotto questo punto di vista, in condizioni ben poco liete. Unica istituzione è, attualmente, la Cassa nazionale di Previdenza, che è in funzione da ben 17 anni, e che, col fondo di invalidità che supera 25 milioni, offre condizioni abbastanza vantaggiose; eppure essa non conta che 600 mila inscritti, non ostante l'attiva propaganda e gli incitamenti. Ma l'Italia, che ha avuto l'audacia di fondare l'Istituto nazionale delle Assicurazioni, di cui l'A. è sempre stato vivace assertore, deve affrontare coraggiosamente anche questo problema. Già per alcune categorie di lavoratori esiste l'assicurazione obbligatoria, che è stata recentemente sancita da decreti luogotenenziali per gli operai degli stabilimenti ausiliarî; già è stata nominata una Commissione per preparare un disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Si tratta quindi di riunire tutte queste varie forme nell'assicurazione invalidità, che significa ad un tempo assicurazione-vecchiaia e che integra l'assicurazione-malattia, la quale a sua volta moralizza l'assicurazione-infortunî. Nel mentre si rinsaldano così gli anelli di una preziosa catena nel campo delle assicurazioni sociali, si rende realmente proficua la lotta contro la tubercolosi ed altre malattie sociali.

INDEX.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7244) *Pensione.* — Dott. F. B. da B. — Con 52 anni, sei mesi ed un giorno di età e con 25 anni di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 866. Non è possibile ottenere invece della pensione l'ammontare del capitale pagato durante gli anni in cui si è rimasti inscritti alla Cassa.

(7245) *Servizio interinale - Sessennio.* — Dott. abbonato n. 8624. — Il servizio interinale non è computato nel sessennio il cui periodo utile decorre dalla nomina regolare conseguita a seguito di concorso.

(7246) *Cassa pensioni - Pagamento di contributi durante il periodo della guerra.* — Dott. C. C. da C. O. — Anche ora può fare la dichiarazione prescritta dal D. L. del 7 febbraio 1916 per rimanere iscritto alla Cassa anche durante il servizio militare: I contributi che Ella deve pagare sono, pel detto Decreto, anticipati dal Comune che ha diritto di rivalersene sugli stipendi od assegni attuali o futuri che deve o dovrà corrisponderle, od anche sulla corrispondente pensione od indennità che Le venissero liquidate. Il Comune da parte sua è obbligato a versare i corrispettivi contributi proprii, anche senza suo invito, perchè per legge esso è obbligato a pagare sempre tale contributo, anche se sia scoperto il posto di medico condotto.

(7247) *Indennità caro viveri.* — Dott. A. G. da V. L. — Poichè l'assegno di lire 350 mensili che Ella riceve per l'interinato che presta in luogo del collega chiamato sotto le armi non è provvisorio ma dura da circa due anni e continuerà, molto probabilmente, fino alla fine della guerra, per determinare se abbia diritto alla indennità caro-viveri occorre fare il cumulo con lo stipendio principale di lire 2300. Con detto cumulo Ella figura con stipendio superiore alle lire 4500 e non può, quindi, avere diritto alla indennità caro-viveri.

(7248) *Pagamento di certificati di prolungamento e definitivi in caso di infortunio.* — Dott. G. P. da C. — Ricevendo Ella uno stipendio fisso annuale, non è certamente gratuita l'assistenza ausiliaria che presta agli operai addetti allo stabilimento industriale esistente costà. Non possono, pertanto, gli istituti assicuratori esimersi dal pagare i certificati di prolungamento della infermità e quelli definitivi in caso di infortunio.

(7249) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio agli impiegati comunali.* — Dott. N. A. da R. V. — L'indennità caro-viveri deliberata da Consigli comunali e debitamente approvata, ha effetto continuativo e non occorre ripetere gli atti ogni anno.

I Comuni sono obbligati a deliberare circa l'aumento di stipendio da corrispondersi ai proprii impiegati in virtù del D. L. del 10 febbraio p. p. Sono, però, liberi di accordare l'aumento nella misura che ad essi sembrerà confacente, pur non attenendosi a quella stabilita per gli impiegati governativi, che non può essere superata nel massimo. Il Consiglio comunale può essere eccitato a compiere tale funzione anche da semplice istanza di coloro che vi hanno interesse. Se l'aumento sarà accordato come agli impiegati civili dello Stato, sullo stipendio complessivo di lire 3000, che Ella attualmente percepisce, ricadrebbe l'aumento di lire 750 annue.

(7250) *Ispezione alle carni macellate da esportarsi in altro Comune.* — Dott. abb. n. 4521. — Stando a quanto Ella ha esposto nel quesito, riteniamo che al veterinario comunale ed allo ufficiale sanitario che lo sostituisce in mancanza, spetti compenso per la visita alle carni macellate destinate alla esportazione giacchè tale visita, più che nello interesse generale della pubblica salute, è eseguita in quello privato di colui che compie il commercio di esportazione delle carni stesse, in quanto non possono essere introdotte nel Comune destinatario se non accompagnate dal certificato richiesto dal regolamento sanitario.

(7251) *Aumento di stipendio.* — Dott. C. A. G. da P. P. M. — L'aumento di stipendio si commisura su quello che attualmente l'impiegato percepisce e non su quello fissato nella pianta organica pel titolare, che presentemente non vi è.

(7252) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. S. da C. di L. — Per l'assegnazione della indennità caroviveri lo stipendio è preso al lordo. Poichè l'interinato del consorzio B-C e lo scavalco in D non sono provvisorii ma di lunga durata, i relativi assegni si debbono cumulare con lo stipendio principale della frazione A in cui è titolare agli effetti della indennità caro-viveri. Dal cumulo emerge che Ella percepisce complessivamente lo stipendio di lire 9000 circa e perciò non ha diritto ad indennità caro-viveri.

(7253) *Pensioni.* — Dott. F. S. da V. S. M. — Con 53 anni di età e 25 di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 866.

(7254) *Aumento di stipendio.* — Dott. L. M. - 842. — L'aumento di stipendio si liquida sulla somma lorda che annualmente si riceve e non su quella netta. Se il Comune si atterrà alla misura fissata per gli impiegati civili dello Stato, Ella, in base allo stipendio lordo di lire 3700, dovrà avere lire 855 di aumento, e, cioè, lire 600 sulle prime 2000 lire e lire 255 sulle rimanenti lire 1700 in base rispettivamente alla aliquota del 30 % e del 15 %.

(7255) *Pensione - Campagna di guerra.* — Dott. G. G. da C. di C. — Nessuna disposizione speciale esiste per il computo della campagna di guerra agli effetti del tempo utile per l'acquisto del diritto a pensione.

(7256) *Pensione.* — Dott. P. A. da Z. di G. — Gli anni durante i quali ha prestato servizio in base a nomina regolare ed ha pagato i relativi contributi, sono valutati come utili agli effetti della pensione. Non così gli altri, durante i quali non è stato in condotta nè ha pagato i contributi.

(7257) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. C. P. da S. — Poichè l'interinato che Ella esercita non è provvisorio ma dura da diversi anni, il relativo compenso si deve cumulare con lo stipendio che percepisce nel Comune ove è titolare. Da tal cumulo si rileva che Ella ha un complessivo stipendio di oltre 8 mila lire e che, quindi, non può aver diritto alla indennità caroviveri.

L'aumento di stipendio, quando sarà deliberato dai rispettivi Consigli, potrà ottenerlo tanto nell'uno quanto nell'altro Comune in base alle disposizioni contenute nel D. L. del 10 febbraio ultimo. Se i Consigli manterranno per gli impiegati comunali la stessa misura stabilita per gli impiegati civili dello Stato, Ella potrà ottenere sullo stipendio di lire 4300 l'aumento di lire 945 in ragione del 30 % sulle prime 2000 lire e del 15 % sulle rimanenti, e sullo stipendio di lire 3900 quello di lire 885 in applicazione delle medesime quote.

(7258) *Pensioni.* — Dott. P. F. da F. — Nessuna disposizione speciale esiste per il computo della campagna di guerra agli effetti del tempo utile per l'acquisto del diritto alla pensione. Con 60 anni di età e 34 di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 1984. Richiamiamo la di Lei attenzione sul disposto dal D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 4 marzo stesso anno n. 53 che riguarda il pagamento dei contributi alla Cassa durante la permanenza sotto le armi e la dichiarazione di volere seguitare ad essere iscritti anche durante il servizio militare.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. G. R.:

Se alla Commissione risultava la sua insostituibilità doveva dichiararlo non solo *necessario* ma *insostituibile,* e non limitarsi ad esprimere un *desiderio* in proposito. È quindi probabile che le possa venire tolto l'esonero.

In tal caso sarà precettato dal Distretto locale da cui Ella dipende, e le sarà certo lasciato *qualche giorno* per provvedere alle sue cose. Farà bene a tenersi in rapporto col Comando del Distretto onde essere informato a tempo.

Al dott. V. M. da C.:

In base al disposto della circolare n. 7872 del 1917 dell'Intendenza generale ella dopo tanto tem-

po trascorso in trincea ha diritto all'avvicendamento.

All'abb. n. 1437:

Il passaggio al corpo sanitario di marina col grado di capitano non è ammissibile.

Occorrerebbe che Ella si dimettesse dal suo attuale grado, il che del resto non è possibile a farsi durante la guerra.

All'abb. n. 3751:

Il rapporto informativo potrà essere rilasciato dal Sindaco, ma sarà utile sia vistato dal prefetto.

Non vi è ragione, perchè se richiesto pel tramite dell'autorità prefettizia dal suo Comune Ella non possa, a sua domanda, venirvi trasferito, onde coprire il posto lasciato vacante da altro medico cui sia stato tolto l'esonero.

All'abb. n. 7195:

Avendo Ella più di 15 anni di esercizio professionale (che dovrà comprovare presentando i relativi documenti) le spetta il grado di capitano.

Non ha diritto all'indennità di prima vestizione che spetta ai soli *sottotenenti effettivi* (fra i medici non ne esistono).

Per rispondere all'altra domanda occorre conoscere a quale classe Ella appartenga, il che non risulta dalla sua lettera.

All'abb. n. 9200:

Gli ufficiali medici, *che non sono combattenti*, non sono compresi nei provvedimenti.

All'abb. n. 8506:

Una lesione *accertata* del parenchima polmonare di natura tubercolare in base alla circolare numero 205 del 18 marzo u. s. anche se guarita dà diritto alla inabilità.

Al dott. G. C. G.:

L'ufficiale medico in zona di guerra non si ritiene possa aver diritto alla indennità caro-viveri, e ciò per ovvie ragioni. L'anzianità decorre dal giorno in cui è stata ottenuta la nomina.

All'abb. n. 8772:

Probabilmente il Ministero ha, con la sua risposta, voluto significare che gli esoneri per gli aiuti di clinica dovevano esser limitati a quel *minimum* di personale medico necessario per l'andamento dei servizii proprii della clinica stessa e per la buona conservazione, anche a clinica chiusa, del materiale scientifico. M. G.

All'abbonato n. 8622:

I. — Per poter imbarcare come medico di bordo è necessario di rivolgersi ad una Compagnia di Navigazione ed ottenere il posto su di uno dei piroscafi addetti a viaggi di lunga navigazione.

II. — Per tutta la durata della guerra è data facoltà al Ministero dell'Interno di concedere, direttamente o per mezzo dei Prefetti da esso delegati, autorizzazioni temporanee a viaggiare come medico di bordo (D. L. n. 1275 del 19 agosto e n. 1889 del 23 dicembre 1915).

La domanda, con l'indicazione del viaggio da intraprendere, dovrà essere corredata dai seguenti documenti:

1° Atto di nascita;

2° Certificato di cittadinanza italiana;

3° Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguita in una Università del Regno;

4° Certificato di buona condotta, rilasciato dal Sindaco del Comune di residenza, di data non anteriore a tre mesi;

5° Certificato penale, in data non anteriore a tre mesi;

6° Certificato di sana e robusta costituzione, di data recente;

7° Titoli comprovanti sufficiente cultura nelle discipline igieniche e provata abilità nell'esercizio pratico della medicina, chirurgia e ostetricia.

III. — Con decreto ministeriale del 1° settembre 1915 furono delegati i seguenti prefetti: Genova, Livorno, Napoli, Messina, Palermo. *r.*

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. Luigi Luciani, professore emerito di fisiologia presso l'Università di Roma, è stato eletto membro straniero della Società Reale Inglese per il progresso delle Scienze.

Disservizio postale.

Ci eravamo lusingati che il reclamo da noi pubblicato nel fasc. 13, pag. 311, avesse sortito qualche buon effetto; ma pur troppo siamo costretti a deplorare che il disservizio postale imperversi più che mai.

Ci limitiamo a darne, in questo numero, una documentazione molto significativa. Stimiamo superfluo qualsiasi commento.

Il dott. Alfiero Giannettasio ci scrive dunque da Napoli la seguente cartolina postale:

Napoli, 24 aprile 1918.

Egregio Prof. Morelli,

Oggi ricevo il primo numero del Policlinico *(Sezione Pratica, fasc. 16) della annata in corso 1918. E gli altri numeri perchè non mi sono stati inviati? quando li riceverò? come pure della Sezione Chirurgica nessun numero mi è pervenuto. Credevo che stante la mancanza della carta non si sarebbe per ora più pubblicato. Intanto aspetto di conoscere se mi saranno inviati tutti i numeri precedenti, o dovrò respingere anche il solo numero giuntomi ieri.*

Mi meraviglio come un abbonato da 18 anni e che ha sempre pagato in regola, debba essere trattato così!

In attesa di comunicazioni al riguardo, La riverisco.

Dott. ALFIERO GIANNETTASIO.

Non occorre aggiungere che la spedizione è stata da noi fatta sempre scrupolosamente.

NOTIZIE DIVERSE

Commemorazione del prof. Pansini.

Il Consiglio Provinciale di Bari, nella seduta del 12 aprile, ha commemorato con molta solennità il prof. Sergio Pansini, vanto della regione pugliese e illustrazione della medicina italiana. Tenne il discorso commemorativo, elevatissimo, il gen. Bonomo; parlarono anche il sen. Balenzano, presidente, ed i consiglieri Mallardi, Beltrami, Balacco, Fenicia e Altamura. Il Prefetto si associò alla commemorazione in nome del Governo.

Venne poi approvato ad unanimità un ordine del giorno, proposto dai consiglieri Beltrami e Bonomo, con cui si affida all'Amministrazione e Direzione della Biblioteca consorziale l'incarico di raccogliere tutta la produzione scientifica dell'illustre e rimpianto prof. Sergio Pansini; si dispone la collocazione del suo ritratto nelle sale della Biblioteca; si invita la Commissione provinciale di storia patria a promuovere un'opera, da pubblicarsi, sulla vita scientifica del prof. Pansini, sopratutto come partecipazione della Puglia al mocimento moderno della scienza in Italia.

La Società Internazionale di chirurgia.

Alcuni delegati di questa Società, rappresentanti la Francia, l'Inghilterra, gli Stati Uniti, il Belgio e la Serbia, adunatisi or è qualche tempo a Parigi, deliberarono lo scioglimento della Società stessa, non appena verrà ultimata la pubblicazione degli Atti del Congresso tenutosi a New York nell'aprile 1914. Se rimarrà qualche fondo, questo verrà diviso in parti eguali tra i soci; le quote spettanti ai soci del blocco austro-germanico verranno loro rimesse, mentre quelle pertinenti ai soci di altre nazionalità verranno impegnate in qualche opera di riparazione scientifica nel Belgio. Una nuova Società verrà costituita dopo la guerra, sulle stesse basi di quella disciolta, ma ristretta ai chirurghi dei paesi dell'Intesa; i chirurghi dei paesi neutri potranno esservi ammessi come aderenti. Porterà il titolo: « Società Chirurgica Inter-Alleati ».

I casi di vajuolo in Italia.

Negli ultimi mesi, il vajuolo ha serpeggiato qua e là in Italia: di qualche epidemia locale, come p. es. a Firenze, ne abbiamo anzi lette notizie..... sui giornali americani. Ci piace rilevare a questo proposito la bella iniziativa della Direzione generale di Sanità di pubblicare settimanalmente il bollettino delle malattie infettive, specialmente del vajuolo e della meningite cerebro-spinale. Ed è motivo di vero conforto il veder ivi, con nude cifre, sfatate le sciocche e malevoli dicerie. Scarsi casi sporadici qua e là dell'una o dell'altra malattia, casi che rimangono evidentemente isolati, senza dare luogo ad epidemie di sorta. Noi riteniamo che sarebbe opera veramente utile il rendere di pubblica ragione tali statistiche, le quali dimostrano l'ottimo stato di salute in Italia, nonchè la bontà dell'organizzazione e delle norme profilattiche. Ma è sempre il solito vizio delle autorità di considerare il popolo italiano come un minorenne deficiente a cui la verità va tenuta occulta, per timore che talvolta lo spirito pubblico possa venire depresso. Le attuali statistiche sono veramente confortanti: i casi isolati, anche se non del tutto eccezionali, sono il migliore indizio per escludere l'esistenza di epidemie e l'incitamento più valido a perseverare nella lotta efficace contro le malattie infettive.

Invio d'autorità di studenti di medicina al corso allievi ufficiali.

Il Ministero della Guerra ha determinato in quali condizioni gli studenti di medicina, i dentisti, ecc., debbano essere avviati a frequentare di autorità il corso allievi ufficiali che avrà luogo nel prossimo mese di maggio.

Medico disfattista.

È stato arrestato il medico condotto di Trevignano, dott. Carraro, per avere scritto al sindaco di quel paese una lettera favorevole agli Austriaci, dopo avere abbandonato il Comune per porre in salvo la famiglia.

Medico assolto.

Il Tribunale Penale di Trapani ha assolto il dottor Felice Lombardo dall'accusa di ritardate denunzie di malattie infettive.

Egli era stato accusato al Procuratore del Re, pel tramite del medico provinciale, dall'ex-prefetto Moscarella, su verbale redatto dall'ufficiale sanitario del Comune, dott. Guarnotta.

Vittima del dovere.

È morto a Rapallo il dott. FELICE STERLA, di una setticemia contratta nel medicare un flemmone da lui operato.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.
(24)

Anno XXV. *Roma, 5 maggio 1918* Fasc. 18.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni **Medica**, Chirurgica e **Pratica** L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e **Pratica** Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e **Pratica** Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE DI TAPPA DI... - ZONA DI GUERRA.

Metodo semplice per la cura radicale degli ascessi peritonsillari.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI,
magg. med., capo-reparto oto-rino-laringoiatra.

Gli ascessi o meglio i flemmoni peritonsillari sono piuttosto frequenti nei soldati e poichè questi, sotto l'assillo delle gravi sofferenze, si sottopongono volentieri all'intervento, ed anzi lo reclamano e lo sollecitano, così ho avuto occasione di riprendere alcuni rilievi e osservazioni che avevo iniziato nella pratica della vita civile intorno alla patogenesi e al miglior metodo di cura di queste pericolose e fastidiose flogosi suppurative.

Quello che impressiona in queste forme si è la facilità delle recidive, che da alcuni infermi vengono attese con fatalistica rassegnazione: sono tre, quattro attacchi o ancor più ogni anno, che dànno periodi di atroci sofferenze ai pazienti. Ricordo un vecchio signore romano il quale soffriva periodicamente di tale malattia; e l'ultima volta essa oltre la febbre altissima, sempre oltre 40°, la completa disfagia, l'insonnia, aveva portato uno stato settico generale, con metastasi intorno all'articolazione del polso sinistro; tutti fenomeni che caddero d'incanto dopo che venne operato seguendo il metodo che indicherò; e per la perfetta e rapida guarigione, e per la scomparsa assoluta di recidive nei molti anni ormai trascorsi mi serba u[illegible]dine che è sproporzionata al poco c[illegible] per lui. E di consimili esiti felici ho una serie nei molti militari operati, i quali, per le speciali condizioni di vita, non di rado presentano flogosi della faringe.

Sempre meditando sulla facilità delle recidive, anche in quei casi operati secondo le co-

muni indicazioni, venni a considerare se i metodi di solito in uso fossero rispondenti a una cura adeguata del male. Questi metodi si possono riassumere in tre principali:

1° *Metodo di Lemaître*: consiste nell'aprire l'ascesso col bisturi, mediante incisione del velo palatino sul mezzo di una linea virtuale estesa dalla base dell'ugola all'ultimo molare superiore (fig. 1). Questo è il luogo di elezione,

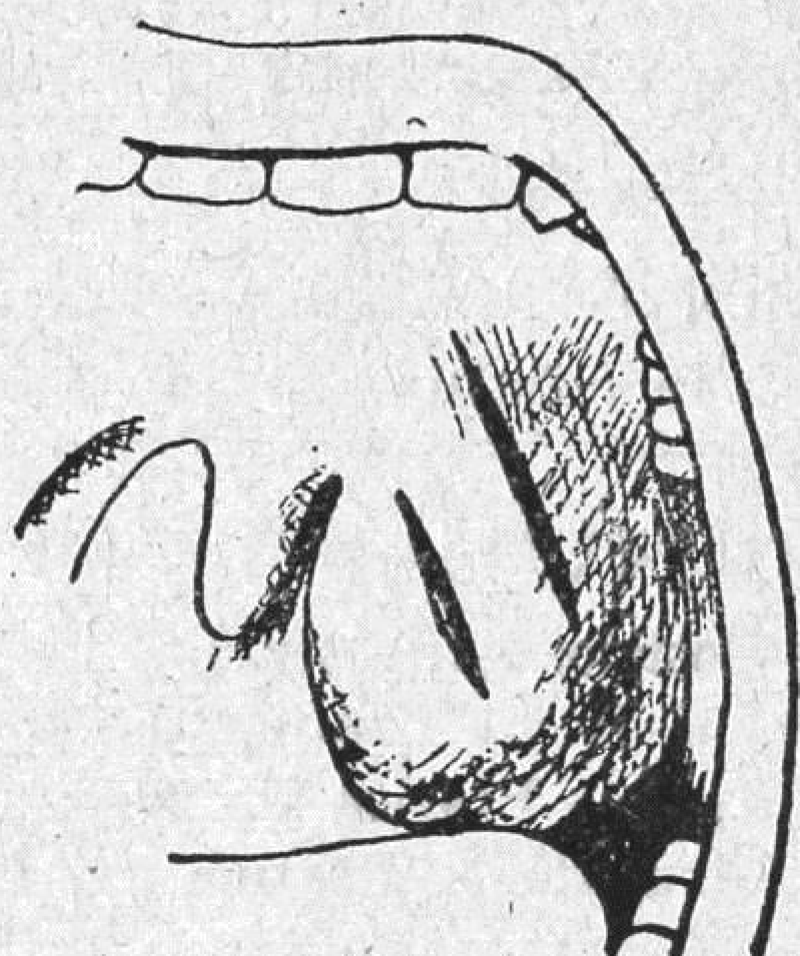


Fig. 1. — Metodo di Lemaître.

che viene a corrispondere a 10-15 mm. dal margine interno del pilastro anteriore, là dove da verticale questo pilastro diventa obliquo.

Secondo i fautori del metodo, esso può essere usato sin dall'inizio del male, anche quando non si è ancora formata una raccolta purulenta nella fossetta sopràtonsillare, ben circoscrit-

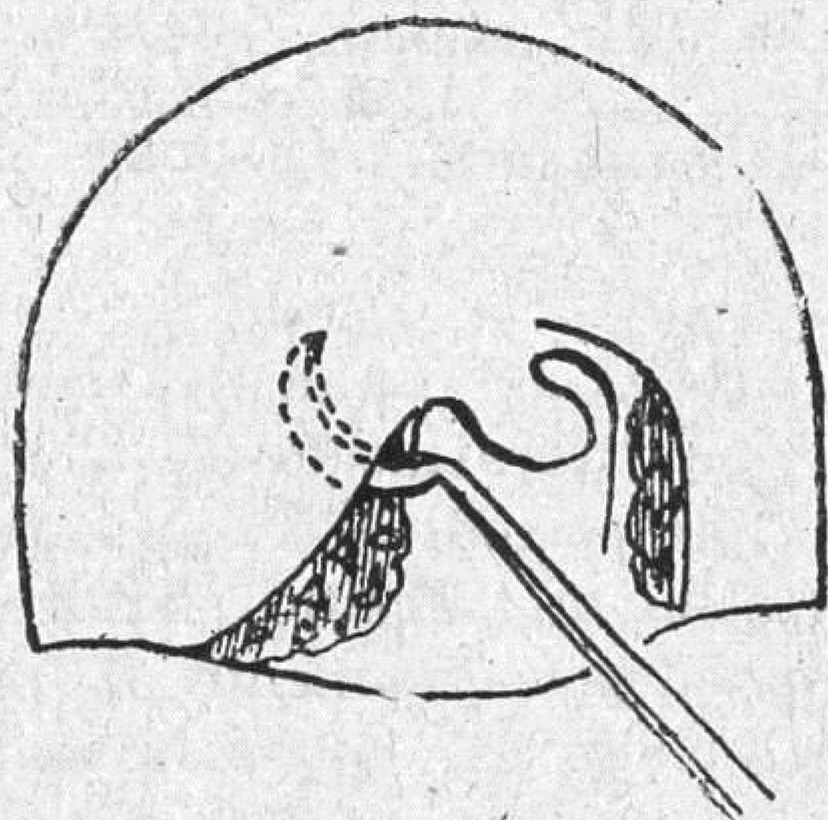


Fig. 2. — Metodo di Ruault.

ta; l'emissione di sangue che segue al taglio decongestiona la regione e aprirà una via al pus, quando questo si verrà formando.

Tal via d'accesso non è affatto persuasiva, perchè anti-chirurgica; invero recide delle fibre muscolari di un organo tanto importante, specie per la fonazione, come il palato molle, lasciandovi una cicatrice non sempre innocua. In molti casi poi l'incisione non riesce a trovare la raccolta purulenta; nè il metodo è molto migliorato dall'uso del galvano-cauterio, come consiglia il Moure.

2° *Metodo di Ruault*: cateterismo della fossetta sopra-tonsillare e del recesso palatino (fig. 2), mediante uno specillo ricurvo o un coltellino falciforme. Come vedremo, non sempre la fossa ricordata ha adito unico, poichè vi esistono non di rado delle briglie o delle lacinie occludenti; così che, pur vuotando l'ascesso una prima volta, si lasciano immutate le condizioni favorevoli alla recidiva.

3° *Metodo di Killian* (1896): apertura dell'ascesso con una sonda e quindi dilatazione del recesso palatino con una pinza ricurva (fig. 3). Questa manovra evita, come può accadere usando il bisturi, di ledere dei vasi importanti; ma non è esente dal difetto, rispetto alla facile recidiva, di quella precedente.

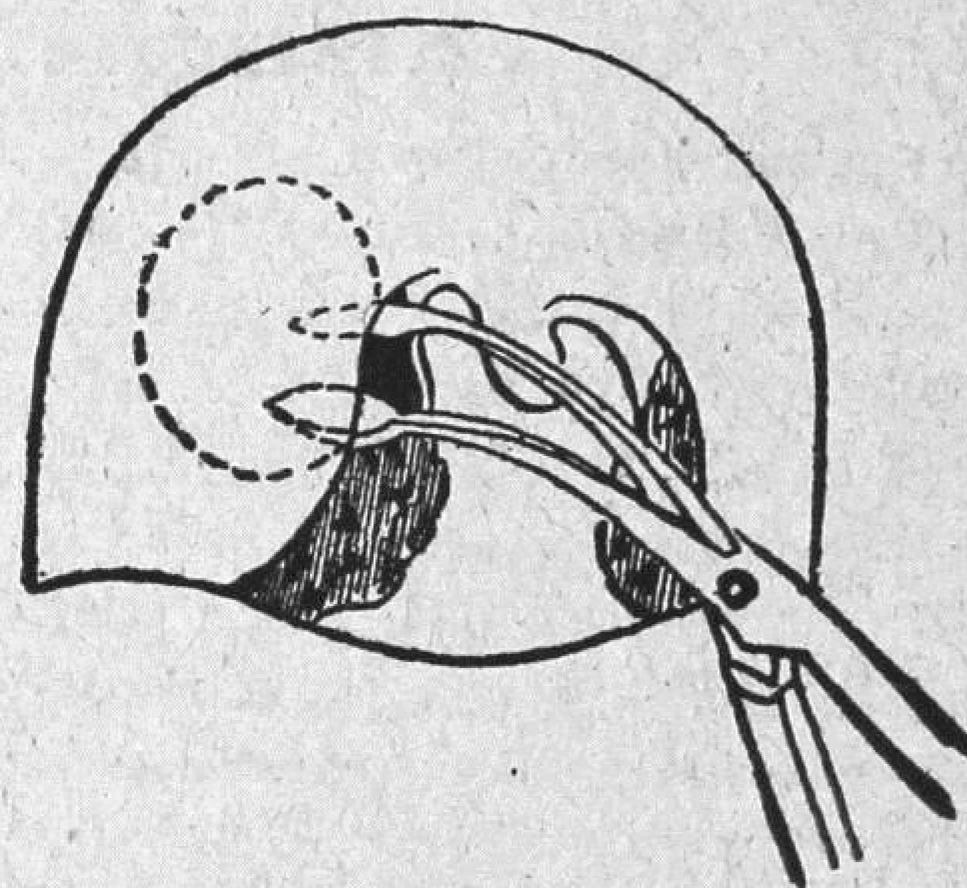


Fig. 3. — Metodo di Killian.

Io mi sono preoccupato, di fronte a un malato sofferente di flemmone peritonsillare nel quale si doveva intervenire chirurgicamente, di due cose: anzitutto di aggredire l'ascesso da una via direi fisiologica, che non lasciasse postumi d'alcun genere; in secondo luogo, di intervenire così radicalmente, da impedire le recidive, anche a lunga scadenza.

L'unico mezzo per ottenere questi due scopi si è quello di mirare alla fossetta intaccando la tonsilla palatina. Le conoscenze di anatomia debbono guidarci. Se osserviamo l'arco palatino anteriore (*arco glosso-palatino*), troviamo una piega della mucosa che parte dal suo margine libero e si porta in dietro passando al davanti della tonsilla, che essa in parte ricopre. Questa piega, di grande importanza patologica ha aspetto triangolare (*plica triangularis* di His) e al suo apice si unisce con l'arco palatino; la sua base scompare nella base della lingua, mentre il margine libero o è strettamente aderente al corpo tonsillare o si stende per varia estensione al di sopra di esso, lasciando l'*interstitium interarcuarium* di His. Così la tonsilla è in gran parte circondata da due pieghe che vengono dal pilastro anteriore: la plica triangolare in avanti e la *plica falciformis* o *margo semilunaris* in alto.

In corrispondenza della parte superiore della regione tonsillare immediatamente dietro la plica triangolare, si può penetrare con uno specillo ricurvo in una cavità che si spinge nel palato molle ed ha notevoli rapporti con la tonsilla. In questo spazio, la *fossetta sopratonsillare* di His, si raccoglie il pus proveniente dalla suppurazione tonsillare; la suppurazione dal fondo delle cripte si propaga invero rapidamente alla fossetta, molto spesso irregolare, ostruita da masse caseose e la cui apertura è non di rado obliterata, per multiple aderenze della plica triangolare col tessuto della tonsilla.

Si è molto discusso — e la discussione non è soltanto dottrinale, ma ha importanza pratica ed ha infatti influito sulla terapia da adottarsi — sulla parte che ha la tonsilla in queste flogosi, principale per alcuni, secondaria e trascurabile per altri. Il dato di fatto incontrovertibile, da me più volte constatato al microscopio, si è che la tonsilla, anche quando non è alla sezione grossolana, molto alterata, mostra le note di una flogosi parenchimatosa diffusa: al che, alcuni possono opporre che si tratti di infiammazione secondaria. Le ricerche anatomiche portarono His, Tourtual, Paterson, Killian, Arsimoles a ritenere che tutti gli ascessi peritonsillari prendono origine alla fossa sopratonsillare e nel recesso palatino; e che le varietà descritte di detti ascessi non erano che delle raccolte secondarie all'empiema sopratonsillare. Il Chiari afferma che l'angina flemmonosa ha sede raramente nella tonsilla e sostiene che il suo punto d'elezione è all'infuori e in alto di essa.

A prescindere dal fatto che è arduo il poter cogliere l'inizio di una flogosi purulenta acuta della loggia tonsillare, anche perchè nei rari casi in cui la flogosi è primaria, il corpo della tonsilla, per ragioni di struttura e per continuità, vi partecipa; a me sembra che gli autori ricordati dimentichino con semplicismo l'ascesso circumtonsillare secondario alla tonsillite parenchimatosa, dato dalla raccolta purulenta formatasi nella parte distale dell'amigdala, così da estrinsecarsi nel connettivo fra la massa adenoide e il pilastro palatino.

Io penso invece — ed ho il conforto di autori come Gouguenheim e Botey — che la tonsillite flemmonosa primitiva sia più diffusa di quanto non si creda, ma per lo più non dia origine che ad ascessi incospicui, a infiammazioni modiche che si traducono in tonsilliti acute follicolari o parenchimatose. In genere questi casi benigni sfuggono agli oto-rino-laringoiatri e sono piuttosto del dominio dei medici pratici, poichè i loro sintomi si riducono a ingrossamento delle tonsille, con essudati discretamente aderenti e procidenti dalle cripte, edema dei pilastri e dell'ugola, disfagia, scialorrea — sintomi che durano 4-5 giorni. D'improvviso il paziente prova un repentino sollievo con l'espulsione di scarso pus giallastro fetido: il pus s'è fatto strada da un punto della tonsilla, talora difficile a ritrovarsi, ma sempre alla superfice libera di quella, al di sotto del suo solo polo superiore. Spesso il processo risolve senza evacuazione marciosa, tutto ritorna alla norma, salvo il persistere della tonsilla un po' più voluminosa di prima.

Quando i disturbi subiettivi e funzionali s'esagerano così che il paziente non può più inghiottire nemmeno i liquidi, atroci dolori lo tormentano di continuo, teme di soffocare, lo stato generale è depresso, la febbre altissima, il collo rigido, la parola incomprensibile; allora aprendo — per quel poco che è possibile — la bocca e deprimendo la lingua si scorge un'enorme tumefazione della regione del velo palatino sito al di sopra della tonsilla ingrossata e spinta in dentro e in basso, l'ugola è fortemente edematosa e prolassata: la malattia lasciata a sè dura 10-12 giorni e anche più, l'intervento, anche precoce, abbrevia o tronca le sofferenze del malato.

Questa forma d'angina, ben più grave della prima, questa « peritonsillite » non è altro che una tonsillite follicolare acuta che — invece di localizzarsi su diversi punti del corpo amigdalico che possono aprirsi all'esterno distruggendone o perforandone il parenchima dal lato della superfice interna, parenchima fragile e intersecato da lacune per le quali il pus può aprirsi una via da un momento all'altro — è situata al polo superiore della tonsilla, in genere molto sviluppato, con vaste cripte, veri nidi di germi, che penetrano profonde, a volte più di 1 cm., nell'interno della fossetta sopratonsillare.

Introducendo lo specillo fra l'estremo superiore della tonsilla e i pilastri si riscontra che l'apertura onde si penetra nell'interno della fossetta è di sovente ristretta da briglie, che facilitano la ritenzione dei prodotti secreti dalla tonsilla nel cavo della fossetta; non di rado poi il margine anteriore e posteriore della tonsilla è fortemente aderente all'omonimo pilastro; se si distruggono le aderenze a livello del polo superiore per liberarlo dalla fossetta si trovano talora altre sinechie della tonsilla con le pareti della fossa medesima; infine anche la faccia interna della plica triangolare è quasi sempre in intimo coalito col parenchima amigdalico. La discissione delle aderenze riesce più

facile nei bambini e negli adolescenti a organi adenoidi voluminosi e negli individui immuni da pregresse peritonsilliti; nei casi di flemmone tonsillare « a ripetizione » il corpo linfoide aderisce completamente ai pilastri, alle pareti della fossa sopratonsillare in più punti, e la plica triangolare portata in dietro si avvicina al pilastro posteriore, e attraversa obliquamente dall'alto al basso e dall'avanti all'indietro lo spazio che separa i due pilastri dal velo palatino. Le tonsille si trovano in gran parte nascoste sotto la plica e i pilastri; non esiste fra questi che una fessura longitudinale di dimensioni varie, a traverso la quale si vede la tonsilla più o meno atrofica.

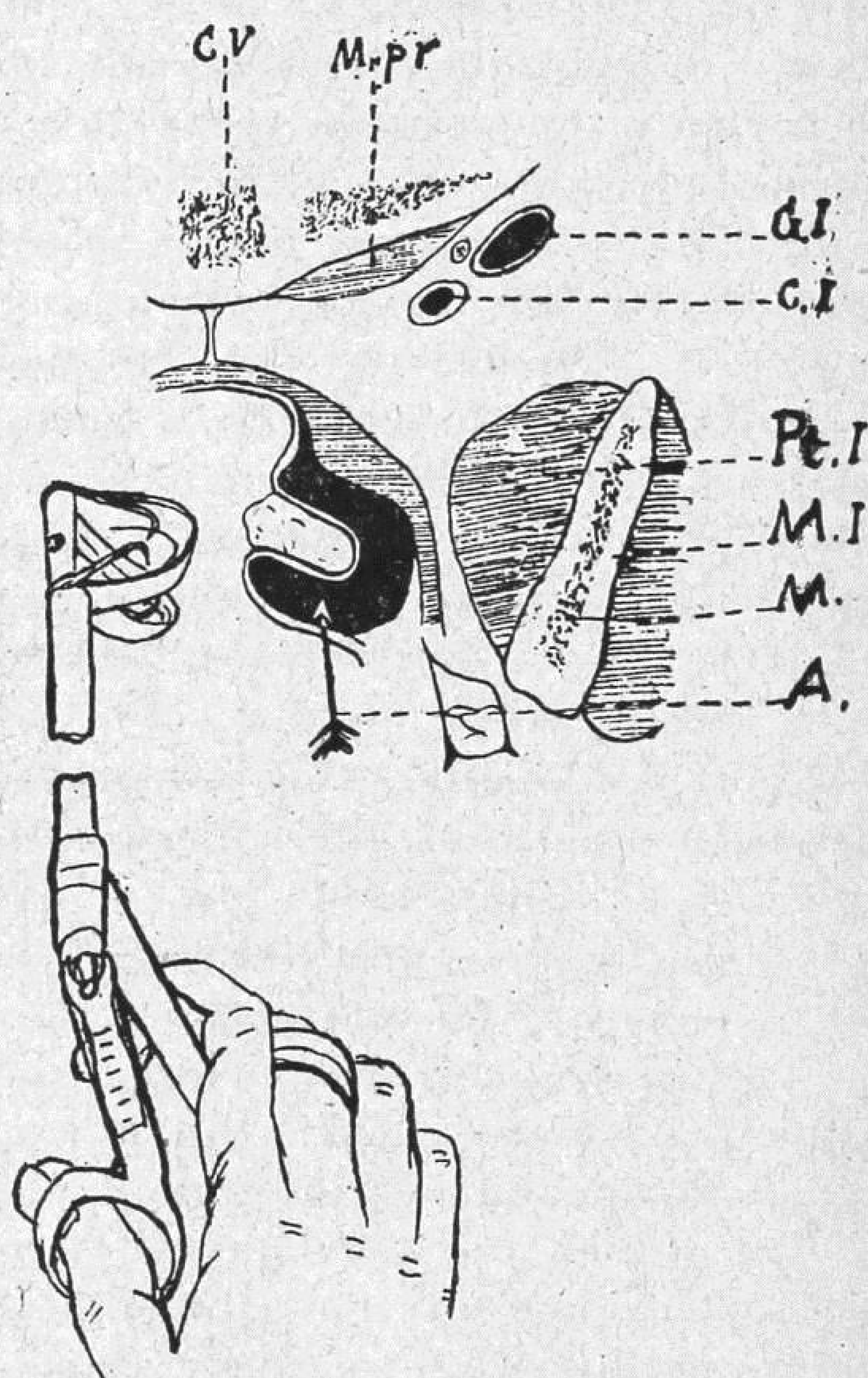


Fig. 4. — Metodo proposto. Taglio orizzontale dell'ascesso peritonsillare (A) nei suoi rapporti con gli organi vicini: *C. V.* corpo vertebrale. *M. pr.* muscoli prevertebrali. *G. I.* giugulare interna. *C. I.* carotide interna. *Pt. I.* pterigoideo interno. *M. I.* mascellare inferiore. *M.* massetere.

L'esistenza di queste molteplici briglie e lacinie spiega come soltanto a prezzo di grandi sofferenze il pus possa raccogliersi tutto intorno al corpo della tonsilla, tra questo e le pareti della loggia (fig. 4, A; tutto il nero rappresenta l'ascesso peritonsillare). La conoscenza di quelle condizioni anatomiche spiega pure come un'incisione dall'avanti, a traverso il palato molle, riesca spesso insufficente, non vuotando o solo in parte la sacca posta in dietro dell'amigdala.

A dar esito a questa forma flemmonosa e sopratutto a evitare le recidive date da residui di tessuto tonsillare criptico inclusi nella fossetta e attorniati da cicatrici, che entro breve termine darebbero origine a una nuova flogosi, propongo come radicalmente efficace l'estirpazione di almeno la metà superiore della tonsilla, raggiungendo il fondo della sua loggia, mediante la pinza del Mongardi o di qualunque altra pinza *à morcellement*. Intaccando il corpo della tonsilla, come è dimostrato dalla figura 4, si apre l'ascesso e si vuota così rapidamente e *in toto*, che dopo circa mezz'ora il paziente si trasfigura e non ha più alcun disturbo, può nutrirsi, torna alla temperatura normale. Un ufficiale da me operato in tal guisa, e già sofferentissimo, ha potuto ritornare il giorno stesso al suo comando di battaglione.

La porzione inferiore della tonsilla può lasciarsi in posto senza danno; non vi è infatti una fossetta sottoamigdalica, poichè la tonsilla nel polo inferiore è sottile e quasi sempre accollata ai tessuti vicini, senza introdursi fra il piede dei pilastri e la base della lingua, come nell'estremo opposto. Di solito la peritonsillite non si vede estendersi d'un tratto alla base dei pilastri, al tessuto linfoide del segmento posteriore della lingua, alle pareti della faringe e alla laringe; in rari casi consimili è in giuoco una propagazione della flogosi peritonsillare iniziata al polo superiore della tonsilla e quindi diffusa lungo i pilastri verso la parte ima della faringe orale.

BIBLIOGRAFIA

ARSIMOLES. *Des abcès périamygdaliens.* (Th. de Toulouse, 1902).

P. M. COSTANTIN. *Résultats du traitement de l'abcès périamygdalien par la dilatation de la fossette sus-amygdalienne suivant le procédé de Killian.* (Bulletin et Mém. de la Soc. fr. d'oto-rhino-lar., Congrès de 1910, 115).

C. CORRADI. *Delle flogosi acute e ricorrenti delle tonsille e delle fauci, ecc.* (Arch. it. di otol., 1894, 312).

I. DE ANGELIS. *Tonsillite flemmonosa e suo modo di formazione.* (Arch. it. di laringol., 1906, 97).

V. GRAZZI. *Le tonsilliti nelle loro varie forme; esiti e cure.* (Collezione ital. delle letture sulla medicina, Vallardi, 1891).

KILLIAN. *Zur Behandlung der angina phlegmonosa d. peritonsillitis abscendes.* (Münch. Med. Woch., 1898, n. 30).

— *Entwicklungsgeschichtliche anatomische und klinische Untersuchungen uber Mandelbucht und Gaumenmandel.* (Arch. f. Laryng., Bd. VII, h. 2).

O. LUNGHINI. *Dell'ascesso peritonsillare,* Siena, 1899.

— *Contributo alla cura dell'a. p. recidivante.* (Atti del VI Congr. d. Soc. it. di lar., 1902, 87).

C. MONARI. *Gli ascessi endo- e peritonsillari.* (Boll. delle mal. dell'or., 1897, 49).

NOTE E CONTRIBUTI.

AMBULATORIO OTO-RINO-LARINGOIATRICO,
NELL'OSPEDALE FATE-BENE-FRATELLI, IN ROMA.

Su di una lesione del setto nasale che si riscontra frequentemente in alcuni cocainomani.

Prof. GIUSEPPE TURTUR, direttore.

L'azione locale della cocaina e quella generale, già nota ai cosidetti « coqueros » o mangiatori di coca, è stata largamente sperimentata nel regno animale ed anche su alcune piante sensibili; per questa ragione alcuni sali dell'alcaloide hanno avuto ed hanno un largo impiego nella pratica medica e chirurgica.

Le esperienze istituite per determinarne la tolleranza negli animali a sangue caldo, onde proporzionare le dosi nella terapia umana, hanno dimostrato gli effetti tossici del farmaco man mano che aumenta la quantità propinata.

Nei cani i primi fenomeni di avvelenamento, per effetto di somministrazione di dosi non esagerate di cocaina, si manifestano con eccitamento cerebrale, aumento della frequenza respiratoria e cardiaca, ed agitazione intensa; dopo qualche ora questi fenomeni si dileguano e l'animale ritorna al normale senza mostrarsi stanco ed accasciato: ma, se le dosi sono grandi, la reazione è molto più intensa; si manifestano allucinazioni sensitive e sensoriali, tremori, spasmi muscolari, movimenti pendolari del capo, convulsioni ed infine può prodursi asfissia, derivante dallo stato di contrazione dei muscoli respiratorii.

La cocaina quindi oltre l'azione anestetica locale ben nota esercita influenza sui più alti poteri della vita animale, eccitando i centri psico-sensitivi e psico-sensoriali della corteccia cerebrale e provocando uno stato allucinatorio, aumento dell'ideazione e confusione mentale con tendenza all'ebbrezza.

Si credette di sostituire la cocaina alla morfina negl'individui intossicati da questo farmaco, però gli effetti non furono incoraggianti.

Nell'uomo i disturbi di avvelenamento acuto da cocaina si hanno per lo più in persone impressionabili e predisposte, anche per effetto di dosi minime applicate localmente, in caso di piccoli interventi chirurgici.

In genere però questi disturbi svaniscono rapidamente senza lasciare alcuna traccia. Non è così però quando si ingeriscono dosi eccessive per un certo tempo; in questo caso si presenta per lo più il quadro del cocainismo cronico, le cui vittime sono purtroppo assai numerose. Per lo più si tratta o di intossicati abitudinarii che passando da un veleno all'altro credono di attraversare tutta la gamma della voluttà inebriandosi e cercando di nascondere nel vizio la propria bassezza morale, oppure di degenerati ereditarii, candidati al manicomio, i quali, nella speranza di attenuare le sofferenze derivanti da tare nevropatiche, ricorrono a tutti gli eccessi, pur di avere momenti di tregua.

Scelgono la via interna adoperando il farmaco sia per bocca sia per iniezioni ipodermiche ed aumentando senza alcun riguardo progressivamente la dose. Altri poi adoperano un sistema più facile, ma non per questo meno deleterio per le conseguenze; insufflano quantità ingenti di cloridrato di cocaina, come tabacco da fiuto, introducendone nelle narici, mediante l'unghia del dito mignolo conservata di maggiore lunghezza, e che può, come una spatola, contenerne parecchi centigrammi per volta. Così il farmaco si deposita sul pavimento nasale e specialmente nella parte anteriore del setto in immediato contatto col punto di confluenza dei più importanti vasi sanguigni (reseau vascoulaire) di questa regione. In questo modo ogni giorno vengono consumati 5-6 ed anche 10 gr. di cocaina; in certi ambienti mondani se ne trova sempre una grande riserva e non vi è persona *che sappia vivere*, purtroppo uomo o donna, che non abbia il suo vasetto in argento contenente 20-30 grammi del veleno voluttuario. (La moda rende indispensabile quest'altra suppellettile). Come per tutti gli altri tossici, l'organismo si abitua a tollerare dosi progressivamente crescenti del farmaco, ma questa specie di mitridatismo non può evitare i funesti effetti dell'avvelenamento cronico ed, a lungo andare, prepara il terreno alla pazzia, alle più varie perversioni dell'istinto e produce un tale depauperamento organico da condurre talora alla morte.

Mi è stata offerta l'occasione di accennare a questa altra aberrazione umana da una lesione nasale che con una certa frequenza ho riscontrato in tali soggetti: nè voglio parlare perchè ritengo ciò non sia inutile.

***

I soggetti che ho esaminato sono venuti alla mia consultazione per varii disturbi nasali, fra i quali: epistassi ripetute, talvolta infrenabili, dolore nella regione nasale per lo più sul dorso ed anche in corrispondenza della radice del naso, ed un certo grado di tumefazione della pelle che deforma l'estetica, forse principale motivo, per questa gente, di ricorrere ad un medico.

I pazienti mi hanno narrato quanto ho esposto in merito a questa nuova dannosa abitudine, la quale, a loro dire, procura momenti di godimento e di oblio e li dispone agli eccessi sessuali.

Ecco le note obbiettive che con qualche variazione d'intensità si osservano all'esame del naso: tumefazione lieve delle pinne nasali e del dorso, iperemia della mucosa, ulcerazioni necrotiche del setto, spesso perforazione di varia grandezza della lamina quadrangolare con margini necrotici, talvolta regolari; assenza di granulazioni e di altri sintomi locali e generali cui poter attribuire tutte queste lesioni; a dire degli infermi esse si producono rapidamente, dopo appena due o tre mesi, da che hanno iniziate le insufflazioni di cocaina, e sono frequenti e comuni fra tutti coloro che bazzicano negli ambienti dove si pratica tale sistema.

Naturalmente ho pensato alla esistenza delle altre condizioni che più comunemente producono le perforazioni del setto (tubercolosi, sifilide, malattie diatesiche, ulcera perforante di Hajek, gas e polveri irritanti, ecc.) ed in parecchi casi ho potuto con sicurezza escluderlo. Ed è appunto questa la ragione dell'interesse di questa breve nota nella quale appunto ho cercato di descrivere schematicamente un quadro sintomatologico ed obbiettivo, a quanto mi consta, sconosciuto dalla maggioranza dei cultori della specialità.

Quanto all'*etiologia* gli infermi stessi attribuiscono grande importanza al fattore traumatico, rappresentato sia dalla continua stimolazione della mucosa nasale coll'unghia del dito, sia dalla presenza ed azione irritante della stessa polvere di cocaina. Ma ciò non basta a spiegare il meccanismo di produzione della perforazione. Esistono perforazioni del setto dovute all'azione irritante di polveri tossiche, esse sono frequenti, p. es., negli operai che lavorano nelle fabbriche di cromati, ma in questo caso l'azione è continua per ragione di lavoro e le polveri che si sprigionano dall'ambiente oltre all'azione traumatica diretta hanno anche un certo potere tossico non paragonabile a quello della cocaina adoperata a scopo voluttuario.

L'azione meccanica della polvere e quella traumatica del dito potranno rappresentare degli stimoli flogogeni ma non sono veri agenti di necrobiosi. A mio modo di vedere le lesioni distruttive della mucosa del pericondrio e della cartilagine stessa del setto rappresentano gli esiti di alterato trofismo dei tessuti prodotti dall'azione prolungata del farmaco.

È nota l'azione anestetica ed ischemizzante della cocaina usata localmente in modiche dosi sotto forma di soluzioni acquose più o meno concentrate; l'anestesia dura un certo tempo (in genere non sorpassa alcuni minuti) all'ischemia succede poi una vaso-dilatazione, diremo quasi reattiva e di equilibrio. Ma non così avviene quando l'azione della cocaina si protrae per molto tempo sia a causa del rinnovarsi frequente del farmaco sia per quantità eccessiva introdotta.

È probabile che alla interruzione temporanea della sensibilità segua una paralisi da intossicazione delle fibre nervose a ciò deputate, come pure di quelle che presiedono alla regolazione del trofismo cellulare (simpatiche); in tali condizioni la resistenza cellulare, menomata anche dal diminuito afflusso sanguigno che diventa permanente e da trombosi per alterazione delle pareti dei vasi, viene abolita e si fanno strada processi di necrosi limitati al tessuto più a contatto col farmaco, donde la perforazione della cartilagine del setto.

Questo modo d'interpretare il meccanismo patogenetico mi pare corrisponda alla evoluzione obbiettiva del processo morboso: in ogni modo quello che mi sembra non si possa escludere è l'azione necrotizzante della cocaina adoperata a forti dosi per uso locale, ed è appunto per questo che ho richiamata l'attenzione.

Come corollario a quanto abbiamo rapidamente accennato rileviamo che fra le autolesioni nasali, purtroppo di attualità, provocate per sottrarsi al servizio militare potrebbe essere annoverato anche questo genere di perforazione del setto. Questa lesione da osservatori poco competenti viene quasi sempre attribuita a malattie croniche, e ritenuta causa di non idoneità o di diminuita attitudine al servizio; di qui sorge la necessità di un apprezzamento adeguato per svelare, ove ve ne sia sospetto, la frode. Sebbene non vi siano, almeno nelle osservazioni che ho fatte, sintomi indiscutibilmente caratteristici, è possibile fare la diagnosi servendosi dei dati anamnestici ed obbiettivi generali, i quali quasi sempre lasciano trasparire qualche notizia che rischiara l'etiologia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE TERRITORIALE CROCE ROSSA PAVIA
diretto dal maggiore prof. PREDIERI.

Lesione dei laringei ricorrenti da proiettile d'arma da fuoco.

(CONTRIBUTO CLINICO).

Dottor CAMILLO CHIRI, tenente medico.

Come contributo alla casistica, e senza pretesa alcuna di dire cose nuove, illustrerò brevemente due casi di ferite del collo dovute a proiettile d'arma da fuoco, ed occorsi nel nostro ospedale, casi nei quali la sintomatologia parla per una lesione dei nervi laringei ricorrenti.

La coincidenza di due casi simili con pressochè uguale sintomatologia, e tali da fare arguire che la stessa strada hanno tenuto i due proiettili feritori, producendo le stesse lesioni, rendono, a mio avviso, i casi particolarmente interessanti.

Credo innanzi tutto opportuno richiamare brevemente qualche nota anatomica, perchè meglio siano illustrati i casi che formano oggetto della presente nota clinica.

Il collo è una delle parti più interessanti per le ferite d'arma da fuoco, dati gli organi importanti che nel suo breve spazio si comprendono e le lesioni gravi e talvolta mortali che perciò ne possono derivare. Si usa dividerlo in tre regioni: l'*anteriore* distinta in *sopraioidea* e *sottoioidea*, la *laterale* divisa alla sua volta in *carotidea* e *sopraclavicolare*, e la *regione della nuca*.

È la *regione laterale del collo* che a noi più interessa nello studio delle ferite d'arma da fuoco, perchè se la anteriore contiene organi importanti come la laringe, la trachea e l'esofago, la laterale costituisce per il chirurgo una regione di primissimo ordine, presentando essa il fascio neuro-vascolare.

Questa regione in uno spaccato trasversale del collo si presenta di figura prismatica triangolare, con lo spigolo rivolto in dentro ed indietro, prisma che costituisce il così detto cavo giugulo-carotideo del collo.

In tale regione trovasi il fascio neuro-vascolare chiuso in una guaina fibrosa e costituito dalla carotide primitiva, dalla giugulare interna e dal pneumogastrico, coi rami importantissimi dei laringei ricorrenti: il destro staccatosi dal pneumogastrico sotto la succlavia, la circonda, risale verso il laringe, e segue il margine destro dell'esofago: il sinistro abbraccia l'arco dell'aorta e risale adagiandosi sulla faccia anteriore dell'esofago, proprio nel solco che l'esofago forma addossandosi alla trachea.

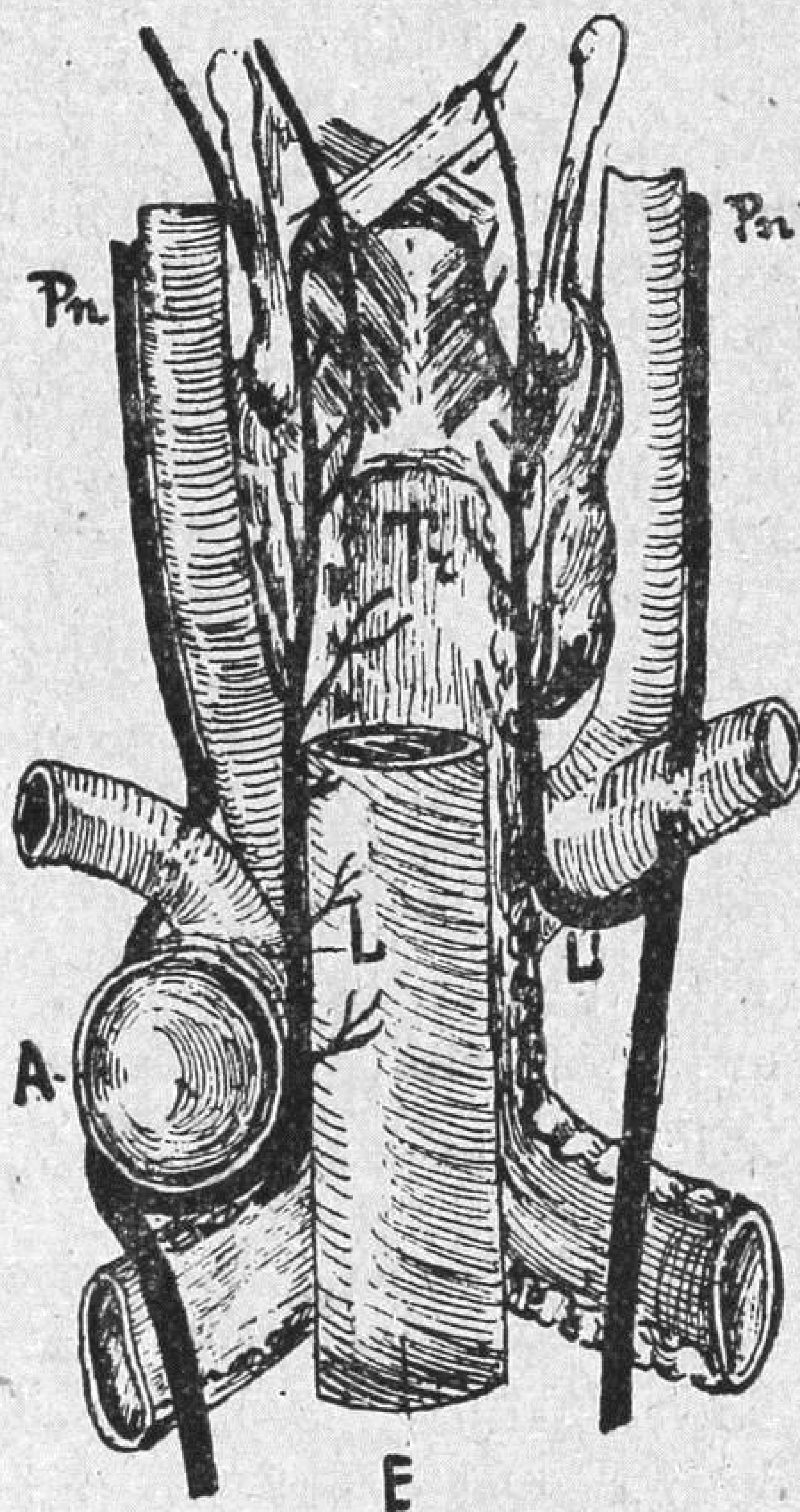


Fig. 1. — L L' laringei ricorrenti. - Pn Pn' pneumogastrici. - Tr trachea. - A aorta. - E esofago. - (Faccia posteriore). Dal Testut.

M... M..., soldato, registro infermi 1138, letto n. 11.

Nulla nel gentilizio e nei precedenti anamnestici. Fu ferito ad Oppachiasella il 12 ottobre 1916 da pallottola di fucile. Questa, avrebbe attraversato il deltoide destro e, uscita in corrispondenza della regione sopraclavicolare, sarebbe rientrata poi a destra del laringe, un dito al davanti del margine anteriore dello sternocleidomastoideo per uscire ancora a sinistra ed alla stessa altezza. Fu notato subito tosse stizzosa, sputo sanguigno, diturbo nella deglutizione. La radioscopia negava la presenza di qualsiasi corpo straniero. Per parecchi giorni si ebbe edema della parte con respiro difficile, parola quasi afona e deglutizione dolorosa.

Qui pervenuto il 21 dicembre a circa due mesi dalla lesione, ed a ferite quasi cicatrizzate, si ebbe persistenza di respiro stertoroso, deglutizione dei cibi solidi pressochè impossibile, ed afonia quasi completa.

L'esame dello specialista diede questo reperto: «paralisi delle corde vocali da lesione dei laringei ricorrenti» ed il sondaggio dell'esofago rilevò un leggero grado di stenosi a circa 15 centimetri dell'arcata dentaria.

Il 17 aprile l'a. venne dimesso in licenza di convalescenza con notevole abbassamento della voce e lievi fatti di disfagia.

F... M..., sergente, registro infermi 1568, letto n. 70.

Fu ferito il 22 agosto 1917 a quota 146-*bis* al collo ed al braccio sinistro da scheggia di granata. Si portò da solo al posto di medicazione dove ebbe i primi soccorsi. Qui venne constatata: ferita perforante del collo e ferita a fondo cieco del braccio sinistro da scheggia di granata, senza lesioni ossee. Riferisce l'a. che appena ferito perdette sangue dalla bocca ed ebbe impossibilità alla deglutizione per circa tre giorni, riuscendogli dolorosa persino l'ingestione di acqua. L'emorragia esterna cessava dopo la prima medicazione spontaneamente.

All'ospedale da campo di Cervignano dove rimase fino al 25, e successivamente all'ospedale di riserva d'Este, dove fu degente fino al 12 settembre, venne constatato abbassamento notevole della voce, e quasi completa afonia. Dopo 15 giorni circa dalla ferita cominciò a poter deglutire le minestrine e successivamente anche i cibi solidi. Qui pervenuto, presentò segni di ferita perforante al collo, pure già quasi completamente cicatrizzata con foro d'entrata sul bordo postero-esterno dello sternocleido, all'altezza circa dell'angolo della mandibola a sinistra, e foro d'uscita a destra nella regione sotto-mascellare. Le ferite ripararono rapidamente, persistendo però un accentuato abbassamento della voce.

L'esame dello specialista diede anche in questo caso: « paralisi della corda vocale sinistra per lesione del nervo laringeo corrispondente ».

Il sondaggio rilevò pure una stenosi esofagea di modico grado a circa 15 centimetri dell'arcata dentaria.

Il 24 ottobre l'a. viene dimesso con miglioramento notevole e cioè coll'innalzamento del tono della voce, benchè leggermente velato.

***

Ora ci possiamo domandare: perchè furono lesi soltanto i nervi laringei ricorrenti e parzialmente l'esofago, in questa regione così ricca di elementi anatomici tanto importanti?

Anche nel caso nostro, e più in questo che per altri, è necessario richiamarci alla memoria la spiegazione che invocano tutti i trattatisti in generale, e cioè che certi organi, per la ricchezza del tessuto connettivo da cui sono circondati, per la loro grande spostabilità ed elasticità, e per la particolare loro conformazione e disposizione, possono sfuggire allo strumento feritore, se questo è acuto o tondeggiante, ed è vibrato con molta forza in seno ai tessuti. Nei casi in parola bisogna appunto supporre che i proiettili abbiano spostato nel loro passaggio il fascio vascolo-nervoso, si siano insinuati nel lasso cellulare che sta tra l'esofago e la trachea ed abbiano colpiti e lesi i rami ricorrenti.

Ecco perchè ritengo i due casi particolarmente notevoli.

La letteratura sull'argomento è scarsa ed io, per amore di brevità, la ometto.

Pavia, gennaio 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

L'oto-rino-laringologia nel 1917.

(L. DUFOURMENTEL, in *Paris médical,* 1917, n. 35)

L'oto-rino-laringologia, che già prima della guerra, aveva mostrato di avere un orientamento chirurgico, ha durante questa assunto nettamente tale indirizzo razionale, interessandosi in special modo, oltre che del campo di suo dominio classico, di tutte le ferite cervico-facciali.

Il gran numero di operazioni fatte nei tre anni di guerra ha messo in opera varî *metodi speciali di anestesia.* L'*anestesia locale* s'è estesa agli interventi più gravi per ridurre al minimo lo shock operatorio; così fu estesa alla laringectomia da Sebileau e da Gibert. L'anestesia dei rami nervosi (Pauchet) o meglio quella data dell'infiltrazione regionale fu applicata ai seni della faccia, sulle cavità nasali e boccali.

Nella anestesia generale il cloruro d'etile si è diffuso ed è stato usato per narcosi di lunga durata, perchè innocuo, a effetto che rapidamente si dilegua.

Nelle operazioni cervico-facciali si è sempre imposto il problema della narcosi per inalazione, che non può tenersi lontana dal campo operatorio; il referente ha ideato un apparecchio semplice per le operazioni sui seni della faccia. Sebileau raccomanda la somministrazione del cloroformio con la cannula-trequarti di Butlin-Poirier introdotta nella laringe da una minuscola laringotomia intercricotiroidea. In altri casi si potrà ricorrere alla *intubazione tracheale* di Auer e Meltzer (il cui principio fu invece di Baglivi).

ORECCHIO. — Le lesioni di guerra dell'orecchio esterno sono di scarso interesse, se si eccettuano i problemi offerti dalle plastiche del padiglione, dalle fratture del condotto, che dànno sovente atresia oppure una fistola parotidea.

Orecchio medio: importante è lo studio delle lesioni timpaniche per effetto indiretto dei proiettili. Weill distingue la *fessura* che guarisce spontaneamente; l'*ecchimosi* che dilegua oppure viene a suppurazione secondaria, l'*ematoma*, che s'infetta sempre e dev'essere inciso appena osservato.

Ancor più studiato è stato l'orecchio interno, sia come organo di equilibrio che di audizione. L'esame e la classificazione dei sordi preoccupò gli specialisti che doveano decidere delle loro attitudini militari. Lermoyez distinse le sordità in *traumatiche*, dirette e indirette, funzionali e psichiche. Non tutti potranno condi-

videre in modo assoluto che le fratture della rocca portano a sordità se trasversali, dànno otorrea se orizzontali.

Dal punto di vista militare Moliniè distinse una sordità lieve (la voce di conversazione è percepita a 4-5 m.; idoneità a tutti i servizi), una di medio grado (la stessa voce a 1 m.; servizio sedentario), una di alto grado (voce solo *ad concham;* riforma), e una assoluta, completa.

Notevoli contributi si ebbero per scoprire i simulatori e gli esageratori. Le prove a cui il ferito o malato è sottoposto sono:

1° la ricerca della percezione *per via aerea* della voce, dell'orologio, dei diapason (questi ultimi anche *per via ossea*);

2° l'esperimento di Weber, di Rinne, di Schwabach;

3° la ricerca della percezione dei suoni acuti col fischio di Galton e col monocordo di Struyken;

4° la prova dell'elevazione della voce (Lombard);

5° la prova dell'induzione acumetrica e quella d'acumetria reciproca, ambedue di Foy;

6° la ricerca del riflesso cocleo-palpebrale o cocleo-orbicolare (Gault, Moliniè);

7° la prova dei diapason unissonanti (Escat);

8° la prova del controllo della lettura sulle labbra.

La maggior parte di questi cimenti rientrano nell'esame funzionale dell'orecchio; ci indugeremo soltanto sulle prove più usate dopo la guerra. La *prova d'induzione acumetrica* si fa con un assordatore elettrico, il cui suono è tanto più intenso per quanto il rocchetto induttore e indotto sono ravvicinati; di norma la distanza di 90 cm. rappresenta la soglia dell'eccitazione acustica. Se il soggetto è sincero, accuserà ogni volta la percezione alla stessa distanza; se esagera, si ingannerà di 10-20 cm. da un esame all'altro.

La *prova del riflesso cocleo-palpebrale* corrisponde per il labirinto cocleare alla prova del riflesso nistagmico per il labirinto vestibolare. Allo stato normale uno stimolo sonoro sufficente e subito, che sorprenda l'attenzione del malato, è registrato dal labirinto anteriore, raggiunge il nucleo bulbare del cocleare, collegato al nucleo motore del facciale, quindi è trasmesso per via riflessa centrifuga all'orbicolare delle palpebre e talora ai muscoli frontali. L'assenza di questo riflesso sta a significare una notevole diminuzione dell'*auditus*. Con l'induttore di Gault, se si ha il riflesso quando le due bobine sono a 15 cm. esso viene esagerato; a 10 è normale; a 5 è lieve, tutte condizioni compatibili col servizio di linea.

Prova dei diapason unissonanti: quando un individuo normale è sottoposto simultaneamente a due sorgenti sonore della stessa tonalità e dello stesso timbro, ma d'intensità diversa, la percezione dell'unisono che ne risulta è lateralizzato nell'orecchio sottoposto alla più intensa delle due fonti sonore, mentre *l'orecchio sottoposto alla meno intensa non sembra affatto stimolato*. È facile in tal modo svelare la frode nelle sordità unilaterali simulate.

La *prova d'acumetria reciproca poggia* sullo stesso principio: si fa vibrare uno dei ricettori un poco al di là della distanza minima di percezione dell'orecchio supposto malato (a contatto se è completamente sordo) e si interroga l'altro orecchio.

La *prova del controllo della lettura sulle labbra* si applica ai simulatori di sordità totale: la lettura sulle labbra è il solo metodo efficace di rieducazione dei veri sordi; mentre i simulatori, soccorsi dal suono percepito, non progrediscono affatto nel riacquisto dell'udito. Si prova dunque se il soggetto legge realmente sulle labbra facendo d'un tratto coprire la voce dal rumore di una macchina da scrivere: allora il simulatore non sente più, il vero sordo comprende come prima.

Se gli esami dimostrano che il preteso sordo ode, occorre — avanti di concludere per la simulazione — eliminare certe *sordità psichiche*: può udire, ma non comprendere. L'esame psichico completo, la ricerca delle turbe della parola da commozione, potranno chiarire tale quesito. Ad ogni modo, l'esperienza da noi raccolta circa le sordità simulate dai soldati, in generale assolute e totali, ci rendono alquanto scettici sull'efficacia di questi metodi troppo sottili e delicati per gente che, irrigidita in un sordo-mutismo esasperante, non cede che alle prime inalazioni di cloruro di etile (come propose lo scrivente).

Esame dell'apparato vestibolare: si ricerca il nistagmo spontaneo e provocato e le diverse modificazioni che lo stimolo dei canali semicircolari induce sull'equilibrio. Le reazioni normali variano da un individuo all'altro e nello stesso nei vari momenti. In genere si ammette che il senso del nistagmo è definito dal secondo movimento (rapido); che il nistagmo spontaneo indica una labirintite traumatica recente; che 10 giri in 20″ provocano nistagmo di 30″ in visione obliqua; che la rotazione da *S* a *D* provoca nistagmo, *S* espressione dello stato dell'apparato vestibolare omonimo; che l'iniezione d'acqua a 15° per 20″

provoca nistagmo orizzontale di circa 60'' nel senso opposto all'orecchio iniettato; che l'acqua a 40° dopo 1' dà nistagmo diretto dal lato dell'orecchio iniettato e che dura 20-30'' in visione obliqua.

Poichè l'iniezione liquida quando la membrana è perforata può riuscire pericolosa, Dundas-Grant (1914) usa l'aria fredda, Rozier (1917) l'aria a diverse temperature.

Lo studio dei disturbi d'equilibrio si è arricchito di alcune nuove prove, che completano le classiche di Stein per valutare le deviazioni nella deambulazione. *Prova del bastone* (Moure, 1916): si fa girare il soggetto, a occhi chiusi, intorno a un bastone poggiato al suolo, quindi si invita a camminare. Le *prove di Grivol e Rigaud* (1916) consistono nel fare eseguire al malato dei passi a occhi chiusi dopo eccitazione labirintica con acqua calda, fredda o con la rotazione. Weill ha usato studiare la *deviazione della mano* che disegna su di un tavolo delle linee verticali senza il controllo della vista.

Tutte queste prove, insieme con le antiche, debbono cospirare nel giudicare della funzione di un labirinto; in questi esami si deve anche tener conto dell'adattamento e della virtù vicaria del tato sano. In pratica un sordo che ha normali le reazioni vestibolari e il riflesso cocleo-palpebrale è un simulatore.

Nelle *commozioni labirintiche* distinguiamo una forma transitoria che dura da poche ore ad alcuni giorni, frequente nelle immediate vicinanze del fronte di battaglia; una forma persistente che tuttavia migliora progressivamente per consenso ed è più rara della sordità d'origine commotiva. Dal punto di vista anatomo-patologico le lesioni commotive sono poco note; genericamente Prenant e Castex (1917) osservarono delle emorragie e spostamenti della rampa cocleare nel primo e secondo giro.

Le *lesioni meningee e cerebrali d'origine otitica* furono meno studiate. Lannois e Gignoux (1914) richiamarono la meningite acutissima; Passot si indugiò su stati meningei asettici (idropisia meningea, meningite sierosa, idrocefalia acuta, meningiti puriformi) curabili con la puntura lombare.

Frequentissima fu la *paralisi del facciale*: Moure riuscì a giustapporne i due monconi; Lenormant tentò a innestare i suoi fasci muscolari (del massetere specialmente) insieme con i loro filamenti nervosi.

NASO. — Numerosi sono i contributi chirurgici, specie per la ricostruzione totale o parziale (del lobulo, del sottosetto, ecc.), mediante processi all'italiana, con trapianti cartilaginei, con innesti della palma della mano, con porzioni di setto dislocate (Morestin, Sebileau e Caboche). Molinié (1916) preconizza delle stecche per il setto fratturato. Pont supplisce con la protesi di pasta nei casi eccedenti i limiti di restaurazione possibile.

L'ozena ha indotto a saggiare dei nuovi metodi. Pistre (1916) migliora qualche caso con l'arseno-benzolo. Wood (1914) usa lo *scharlach-rot*. Mackenzie non ne esclude la natura tubercolare e la cura come di tale origine. Gradenigo partecipa alla dottrina della specificità del bacillo di Perez. Il referente ha continuato a curare l'ozena nei soldati con la soluzione satura di iodoformio in etere e così ha potuto restituirli quasi tutti idonei ai loro corpi, invece che proporli per la riforma.

La *febbre da fieno* è oggetto di studi e di cure nuove da parte dei rinologi americani (in questo giornale abbiamo riassunto le recenti ricerche in proposito). Lowdermilk preconizza l'iniezione di tossina del polline di *Ambrosia artemisiaefolia* e di *Solidago* dopo macerazione nel siero. Morrey tentò un vaccino preparato da una coltura nasale. A Goodale (1915) sembrò di ottenere un'immunità immettendo al paziente il polline mediante scarificazioni cutanee.

I *fibromi naso-faringei* furono curati con successo da Bryson-Delavan mediante il radio.

La *chirurgia delle vie lacrimali* è stata largamente praticata durante la guerra: la *dacrio-cisto-rinostomia* di Toti venne sperimentata con buon esito da Ferreri, da Paterson, da Bourguet.

I *seni annessi alle fosse nasali* sono stati di frequente colpiti, date le numerose ferite della faccia nella guerra di trincea. Il referente ne ha comunicato vari casi al Congresso della Società italiana di chirurgia a Bologna (1917); in Francia ne riferirono Guisez e Canuyt. Félix ha richiamato l'attenzione nella gravità non trascurabile, talora mortale, delle operazioni sull'etmoide per via intranasale.

La ricerca dei proiettili si farà, eccetto nei casi in cui l'accesso per le vie naturali sia sufficiente, con la *rinotomia para-latero-nasale* di Sebileau con resezione della branca montale e di parte dell'etmoide. Morestin usò con successo la rinotomia con incisione sottolabiale di Rougé in un caso di proiettile nello sfenoide.

FARINGE. — Sono segnalati i buoni risultati delle applicazioni di *radium* nei tumori delle tonsille; delle pennellature di nitrato d'argento, o delle iniezioni intravenose di arseno-

benzolo nell'angina di Vincent. Murphy chiama utile la *circoncisione* della tonsilla incastonata, cioè la sua liberazione dalle aderenze con i tessuti vicini.

Furono sopratutto le regioni prossime alla faringe, le fosse pterigomascellari, la regione carotidea, la loggia parotidea a subire lesioni per proiettili, che determinarono numerosi accidenti per la ricchezza di vasi e di nervi di tale territori.

Le *emorragie* possono essere arteriose o venose; le prime provengono dalle carotidi, dalla facciale, dalla linguale, dalla mascellare interna.

La legatura della carotide primitiva ha potuto essere eseguita sovente senza accidenti, ma talora ha prodotto, come per la carotide interna, l'emiplegia (Lannois, Billet, Dufourmentel). La carotide esterna si è potuta legare un gran numero di volte impunemente. La linguale si allaccia alla sua emergenza carotidea, meglio che nel punto classico; la facciale, più superficiale, si lega di solito nella ferita; la mascellare interna richiede il tamponamento della regione pterigo-mascellare; se non è sufficiente occorre legare la carotide esterna.

Le emorragie venose sono più benigne; Lannois e Patel, Leo hanno proceduto all'emostasi per sezione di guerra della giugulare interna presso la base del cranio mediante la obliterazione del seno laterale.

Le *lesioni nervose* hanno indotto tutte le varietà di paralisi conosciute, specie a carico della lingua, della laringe e del palato molle. Vernet, che ha bene studiato queste forme associate, ha notato *le mouvement de rideau* della parete posteriore della faringe dal lato malato verso il lato sano nelle paralisi del glosso-faringeo.

Accidenti secondari multipli sono dati da *flogosi* più o meno circoscritte, da *dolori nevralgici*, dalla persistenza di *fistole parotidee* o *stenoniane*, ed hanno reso necessaria l'estrazione dei proiettili siti profondamente (Sebileau). I proiettili nella regione pterigo-mascellare si asportano — se l'accesso è impossibile per il loro foro d'entrata o dalla cavità orale (incisione nel solco gengivo-genieno) — sia per la via transinusale, se si tratti di raggiungere il fondo, sia dalla via bucco-jugale (incisione commessurale di Jäger) se si deve raggiungere la parte pterigoidea della fossa. Gosset propone la via transzigomatica. Lemaitre insiste sui vantaggi che offrono le vie naturali d'accesso.

LARINGE. — Le sue ferite sono gravi e di difficile cura. Occorre grande circospezione nelle indicazioni della tracheotomia; Ombrédanne, Morestin, Sébileau l'hanno condannata per le ferite anteriori alla faringe. Moure la consiglia come indicazione costante nelle ferite laringee; Luc ne ha ridotto la tecnica a una grande semplicità.

Nelle stenosi consecutive alle ferite laringotracheali unico mezzo è la *laringostomia* seguita da plastica restauratrice (Ruggi, Ferreri e la sua scuola, Sargnon, Lannois, Moure, ecc.).

Capitoli di studio importanti in questa guerra sono dati pure dalle *afonie*, di origine commotivo-emotiva, e dalla gravità e diffusione *tubercolosi laringea* (Bilancioni).

Le *paralisi laringee* sono frequenti, sia isolate che unite a ipocinesie di altri nervi del collo. Associate a queste lesioni delle prime vie aeree non sono rare le ferite dell'esofago, a cui segue stenosi, in cui Guisez propone la dilatazione con *l'intubation caoutchoutée.* Gli interventi sull'esofago sono sempre di prognosi riservata. G. BILANCIONI.

Rapporti delle infezioni tonsillari e naso-faringee con malattie generali.

(S. J. CROWE, S. SHELTON WATKINS e A. S. ROTHHOLZ, *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 1917, n. 311).

Per stabilire le relazioni delle infezioni tonsillari e naso-faringee con i vari disturbi generali gli AA. hanno cercato di seguire per quanto tempo è stato possibile dopo la dimissione dall'ospedale dei pazienti in cui erano state asportate le tonsille nelle artriti infettive, nelle miositi, nel reumatismo acuto, nelle nefriti, nelle coree, ecc. Osservarono anche le relazioni di dette infezioni con le glandole cervicali. In tutti i casi si erano eseguiti degli accurati esami fisici generali, esami istologici dei tessuti rimossi, e gli operati vennero riveduti di anno in anno, per 5 anni successivi, o almeno si ebbero notizie da medici curanti.

Interessante determinare il risultato definitivo nei 46 pazienti che ebbero una lesione tubercolare apparentemente primaria nelle tonsille palatine o faringea. Nella grande maggioranza non fu diagnosticata la lesione tubercolare al momento dell'operazione e fu sospettata solo dall'esame istologico. Da questo punto di vista, sebbene incompleti, i risultati di tale inchiesta confermano la prova di Billings ed altri circa l'importanza delle infezioni locali faringee nelle malattie generali che in-

teressano il clinico medico, il pediatra e il chirurgo generico.

Non raramente le malattie dei fanciulli sono riferibili direttamente o meno alle anormalità o infezioni del naso-faringe. Sono noti tutti i caratteri dell'adenoidismo e le sue complicanze. Basterà ricordare la rete di vasi linfatici che dalla volta naso-faringea si scaricano nelle glandole retrofaringee o nel gruppo posteriore o sterno della catena profonda laterale del collo. Gli ascessi retrofaringei, così comuni nei fanciulli, sono dovuti a un'adenite suppurativa, consecutiva all'infezione naso-faringea.

Queste glandole subiscono un'atrofia fra il 3° e il 5° anno di vita. È difficile determinare a quale stadio una quantità di tessuto adenoide cessa di essere fisiologico. Se non v'è respirazione boccale, lesioni secondarie auricolari, tumefazione cronica delle glandole del collo, stato cistico delle adenoidi (morbo di Thornwaldt), neurosi riflesse, gli AA. non raccomandano la rimozione delle adenoidi, considerandole come parti fisiologicamente importanti nel meccanismo che protegge le vie aeree inferiori dalle polveri e dai germi. Tre sono i principali agenti protettori nelle vie aeree superiori: il muco battericida e in notevole quantità nelle 24 ore, segregato dalla mucosa del naso-faringe e della trachea; l'epitelio ciliato della mucosa nasale e tracheale; l'anello di Waldeyer e l'insieme delle glandole linfatiche nel collo.

L'epitelio altamente differenziato del naso è importante: quando sono distrutte da causticazioni, da interventi o da malattie, le cellule ciliate vengono sostituite da cellule squamose e l'efficienza del naso come organo protettivo è diminuita.

Le tonsille offrono con grande probabilità il principale ingresso alle infezioni che seguono la contaminazione della bocca. Wood ha trovato che le tonsille del maiale vengono infettate dal B. del carbonchio più presto di ogni altro tratto della mucosa oro-faringea; ritiene che esso entri nell'interno del parenchima tonsillare passando a traverso l'epitelio vivente, che contorna le cripte, inalterato.

V'è la prova tanto sperimentale che clinica che i germi possono attraversare la mucosa intatta e il tessuto linfoide della faringe; sovente si osservano sintomi artritici riapparire, ingrossarsi le glandole cervicali in seguito a una semplice faringite. Che i germi possano attraversare la mucosa intatta e non lasciare alcun segno di nocumento locale è stato bene studiato per il B. tubercolare, che può, inoltre, rimanere latente in glandole linfatiche istologicamente normali, per mesi o per anni. Harbitz (1905), allo scopo di determinare per quanto era possibile, il primo atrio d'ingresso nei soggetti morti per lesioni tubercolari dei polmoni, delle glandole, delle ossa e delle meningi, studiò con accuratezza il sistema glandolare di numerosissimi individui; e in molti giunse a dimostrare, mediante inoculazioni e colture, i B. di Koch nelle tonsille palatine e faringee, nelle cervicali, che non mostravano, neppure al microscopio, alcuna lesione tubercolare. Questi risultati sono stati confermati da altri osservatori ed è probabile che i B. tubercolari possano passare non solo a traverso la mucosa normale senza causare lesioni locali, ma possano rimanere latenti in glandole linfatiche istologicamente normali per mesi o anni.

Nelle tonsille la caratteristica anatomica più importante è data dall'invaginazione dell'epitelio di superficie che forma delle cripte o *fossulae;* le cellule contornanti le cripte non hanno alcuno strato connettivale subepiteliale. In condizioni normali esse contengono cellule epiteliali desquamate, cellule linfoidi e particelle di cibo; qualunque cosa che tenda a ostruire gli orifici delle cripte produce una stasi e aumenta la suscettibilità della tonsilla all'infezione. Nell'atto di inghiottire la saliva e il cibo sono spinti nelle cripte insieme con i microrganismi della bocca: ciò ha grande valore nell'etiologia delle infezioni tonsillari.

Con le fosse nasali normali solo pochi dei germi che entrano nelle narici raggiungono il naso-faringe in condizioni vitali. Ma se v'è una parziale ostruzione nasale i prodotti delle secrezioni — se si riversano nel cavo nasale i prodotti settici dalla congiuntiva, dai seni facciali — le tonsille e la faringe sono costantemente bagnate da un flusso irritante e contenente batteri. Nello stesso modo le tonsille possono divenire meno resistenti a un'infezione acuta quando esista un ascesso alveolare, una piorrea, una carie estesa.

A parte i mutamenti nel tessuto linfoide della gola gran numero di germi giunge alle glandole cervicali e le rendono più soggette alle infezioni durante un'angina acuta al passaggio di germi nella corrente del sangue. Gli AA. pensano anche che l'occlusione parziale delle cripte risultante da una tonsillectomia incompleta, renda il paziente più soggetto alle lesioni secondarie, cardiache e renali. Essi videro 8 casi di reumatismo articolare con aumento serale di temperatura per parecchi mesi: nella storia vi erano frequenti attacchi di

tonsillite per molti anni precedenti, con null'altro che sintomi locali. Col concetto di arrestare questi attacchi acuti, questi pazienti furono sottoposti a tonsillectomia parziale; tutti stettero bene sino alla coriza successiva, in seguito alla quale apparvero per la prima volta i fatti secondari articolari, che scomparvero poi quando fu veramente allontanato tutto il tessuto tonsillare.

Per avere una chiara nozione delle malattie naso-faringee, delle tonsille e delle loro complicanze, è necessario tener presenti le condizioni anatomiche dei vari gruppi di glandole linfatiche del collo. Non vi sono che poche (se pur vi sono) comunicazioni dirette fra i linfatici cervicali e i gruppi sopraclavicolari, ascellari, bronchiali o mediastinici; praticamente tutti gli stati patologici delle glandole cervicali sono consecutive a qualche infezione proveniente dalla bocca, dal naso, dalla gola o dal cranio. Una catena si estende sotto il margine anteriore dello sternomastoideo ed è strettamente associata con i grandi vasi; una altra segue il margine posteriore dello sternomastoideo e il margine anteriore del trapezio, ma è probabile non sia connessa col gruppo di glandole sottoclavicolari. Questo è un importante carattere anatomico perchè una diretta comunicazione fra queste glandole e le catene cervicali discendenti formerebbe una linea continua di linfatici dal naso, faringe, bocca, tonsille sino all'apice dei polmoni.

Nella tubercolosi delle glandole del collo si trovano in generale interessati tanto le anteriori che le posteriori; le statistiche dei patologi e dei chirurgi si accordano nel trovare, in una grande maggioranza dei casi d'infezione glandolare primaria, la più antica lesione tubercolare nelle glandole intorno al ventre anteriore del digastrico e la porzione superiore dello sternomastoideo. Dowd trova la più antica lesione nella « glandola tonsillare » all'angolo della mandibola, nell'86 % dei casi: in essi si trova la spiegazione del rapido ingrossarsi delle glandole nei raffreddori, nelle faringiti e tonsilliti che si hanno a fine d'inverno.

Nicoll su 500 casi di adenite tubercolare scrive che in quasi tutti fu subito notato l'ingrossamento delle glandole all'angolo della mascella; nel 70 % esse erano circoscritte d'ambo i lati. Le dimensioni delle glandole tubercolari aumenta e decresce con ogni attacco di coriza o di faringite. Egli trovò la più antica lesione nelle glandole retrofaringee e ritiene che da prima le glandole s'ingrossino per l'infezione piogena, quella tubercolare sarebbe secondaria. Dowd afferma che dal 25 al 30 % di tutti i casi di adenite tubercolare cervicale primitiva si svilupperà la tubercolosi altrove, almeno che le glandole vengano rimosse. Secondo Park e Krumwiede la maggioranza delle glandole tubercolari del collo nei fanciulli sono dovute a infezione col bacillo della tubercolosi bovina, il che probabilmente dà prognosi migliore nei riguardi di una susseguente infezione polmonare.

Un evidente ingrossamento delle glandole cervicali superiori è comunissimo nei ragazzi. Su 1216 scolaretti Laser ne trovò solo 137 che non avevano alcuna adenia cervicale. Volland su 2506 soggetti da 7 a 24 anni trovò: da 7 a 9 anni, il 96 % aveva le glandole cervicali ingrossate; da 10 a 12, il 91 %; da 13 a 15, l'84 %; da 16 a 18, il 69 %; da 10 a 24 il 68 %.

Conclude che una grande percentuale di questi hanno un'infezione tubercolare latente nelle glandole, che può diventare attiva e diffusa nell'età avanzata.

Crowe, Watkins e Rothholz riguardano l'ingrossamento delle glandole del collo come uno dei punti più importanti nello stabilire se vi sia o no un'infezione cronica delle tonsille. Studi sperimentali e *post-mortem* mostrano che particelle di polvere, granuli di anilina e batteri possono attraversare le mucose intatte senza danneggiare localmente i tessuti e che le glandole linfatiche possono contenere B. tubercolari senza segni clinici o istologici della loro presenza.

Su di 1000 tonsillectomie praticate all'*Ospedale Johns Hopkins* in cui furono esaminate istologicamente tonsille e adenoidi, 139 erano pazienti di colore e di questi 11 (7,9 %) erano tubercolosi, 861 erano bianchi, fra cui 35 (4 %) presentavano la lesione tubercolare nel tessuto adenoide. I pazienti più giovani avevano 4 anni, i più attempati 34:

Età 4-5 anni = 5 casi (Tbc. nelle tonsille 4 casi, nelle adenoidi 1); 5-10 anni = 14 casi (Tbc. nelle tonsille 9 casi, nelle adenoidi 5); 11-15 anni = 10 casi (Tbc. nelle tonsille 6 casi, nelle adenoidi 4); 16-25 anni = 13 casi (Tbc. nelle tonsille 7 casi, nelle adenoidi 3; in entrambi 3); 26-34 anni = 4 casi (Tbc. nelle tonsille 3 casi, nelle adenoidi 1).

Quando esistano lesioni tanto nelle tonsille palatine quanto nelle adenoidi si hanno pure glandole cervicali profonde all'angolo della mascella tumefatta, con periadenite e certamente infette da B. di Koch; in quasi tutti questi casi v'era una storia di frequenti attacchi di tonsillite. Il corpo delle tonsille era ipertrofico in 34 casi, in 9 era piccolo, insignificante,

aderente ai pilastri; spesso soltanto all'esame istologico si è sospettata la presenza della tubercolosi.

La tubercolosi primaria delle adenoidi non è rara. L'esame istologico delle tonsille palatine e faringee dei 1000 operati all'*Ospedale Johns Hopkins* rivelò 14 casi con tubercolosi apparentemente primaria delle adenoidi. Gli AA. hanno notato ripetute volte che l'adenite cervicale tubercolosa bilaterale è associata con una lesione tubercolare nelle sole adenoidi. D'altro canto l'infezione di Koch unilaterale delle glandole cervicali è di frequente associata con un processo della stessa natura nella tonsilla del lato affetto, l'altra tonsilla palatina e le adenoidi rimanendo libere da qualsiasi lesione, anche microscopica, tubercolare. Detti AA. ebbero 46 casi di tubercolosi apparentemente primaria delle tonsille palatine e faringea.

Dowd ha richiamato l'attenzione sul fatto che una grande proporzione di pazienti con adenite tubercolare ricorre per la prima volta al consiglio del medico dopo un raffreddore. Manca uno studio completo e sistematico di una tale questione; poichè anche — come è avvenuto — non trovando tubercolosi nelle tonsille o nelle vegetazioni adenoidi, mentre esistevano glandole del collo certamente tubercolari, non significa che il tessuto linfoide nella gola non fosse infetto. Bartel e Spieler hanno trovato che l'11 % degli animali inoculati con tonsille ebbero tubercolosi; pure in nessun esemplare trovarono lesioni specifiche evidenti o microscopiche nel tessuto usato per l'innesto. Anche Harbitz ottenne risultati positivi inoculando tonsille e glandole cervicali che non mostravano alcuna lesione da Koch al microscopio. Da un punto di vista pratico e per la relazione anatomica del tessuto linfoide della gola con le glandole cervicali, si deve pensare che le tonsille e le adenoidi si debbano asportare ogni qualvolta vi sia iperplasia delle glandole cervicali non dovuta a lue o a qualche malattia del sangue.

In generale nelle tonsille abbiamo un focolaio cronico di infezioni che da prima localizzate, si diffondono poi, dando manifestazioni lontane; in genere queste infezioni insidiose si trovano nelle vie aeree superiori, e specialmente nei seni nasali, tonsille, naso-faringe e denti. Quale legge generale, come mostra l'esperienza delle infezioni di naso e gola, si può stabilire che le infezioni locali che dànno origine a disturbi sistemici, sono quelle in rapporto con ostruzione meccanica dei canali escretori. Nelle infezioni alveolari o dentarie originano sintomi artritici o anemici i casi in cui esistono delle cavità settiche incompletamente coperte di una corona; nelle sinusiti con drenaggio insufficiente, con cefalea al mattino; ma specialmente nelle tonsilliti seguite da lesioni artritiche o renali si hanno nell'anamnesi frequenti attacchi nell'infanzia, uno o più alcune settimane avanti lo scoppio della complicanza, o di una parziale rimozione delle tonsille mediante il galvanocauterio, onde l'occlusione delle cripte da tessuto cicatriziale, per cui i germi invece che scaricarsi nella bocca passano nelle glandole cervicali.

È molto probabile che nel primo stadio di una tonsillite acuta vi sia battieremia; ciò sembra si verifichi specialmente nei pazienti che hanno tonsille piccole, incastonate e abbondante tessuto di cicatrice intorno agli orifici delle cripte.

Comunque è certo che i pazienti con tonsille deteriorate da precedenti infezioni o da parziali processi operativi vanno più facilmente soggetti a disturbi generali in seguito a una tonsillite acuta o cronica che non coloro che hanno tonsille pressochè normali o con una prima infezione. Tuttavia è probabile che dei germi passino a traverso la mucosa del naso, naso-faringe e faringe più spesso di quello che non si supponga in generale. Sovente dei germi specifici rimasti latenti nelle glandole cervicali, furono attivati e mobilizzati dal processo catarrale acuto del naso o faringe. Questo avviene indubbiamente nelle infezioni tubercolari: un latente focolaio tubercolare in una glandola o nel polmone può divenire attivo e diffuso per l'iperemia causata da una vicina infezione catarrale o piogena.

Fra le indicazioni della tonsillectomia dobbiamo dunque considerare (oltre i noti disturbi locali nelle vie aeree superiori), l'iperplasia semplice delle glandole all'angolo della mascella (fatto molto comune nei ragazzi, prova di una infezione cronica tonsillare o naso-faringea), l'adenite cervicale tubercolare e infine dei disturbi generali consecutivi a un focolaio d'infezione nelle tonsille, specie le artriti infettive in cui predominano i fenomeni periarticolari, le mialgie o vere miositi, i primi stadi di una glomerulo-nefrite, vari segni nervosi conglobati sotto il nome volgare di neurastenia. Talora un'irite, refrattaria a ogni cura, può essere beneficata da una tonsillectomia; in questi casi la lue o la tubercolosi debbono sospettarsi nell'etiologia; come pure quello stato in cui si ha temperatura settica, leu-

cocitosi, dolori diffusi ai muscoli e alle giunture, intossicazione generale con esame fisico negativo, eccetto le grosse tonsille succulente.

Come misura profilattica nella corea, nel reumatismo acuto febbrile e nelle lesioni cardiache è spesso consigliabile rimuovere le tonsille e le adenoidoi per prevenire ulteriori lesioni endocardiche risultanti da una tonsillite acuta. Così nei casi di nefrite cronica e di arterio-sclerosi, con ripetuti attacchi di tonsillite, l'ablazione delle amigdale, per impedire ulteriori attacchi acuti, può essere di deciso beneficio al paziente.

Non possiamo seguire minutamente tutta l'esposizione della ricca casistica degli AA., invero molto complessa e degna del maggiore interesse; desideriamo soltanto notare come fra noi questi concetti fossero da tempo sostenuti dall'Arcangeli, con ottimi risultati terapeutici. G. B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOTICA.

Nuovo metodo d'esame dell'apparato vestibolare.

(Grivot e Rigaud, *Paris médical*, 4 novembre 1916).

Durante numerosi esami labirintici, gli AA. sono stati indotti a completare l'osservazione delle reazioni del nistagmo classico con quella delle reazioni locomotrici che si producono senza il controllo della vista; così hanno esaminato la funzione vestibolare e cocleare, poichè è difficile ed erroneo separare i due elementi dell'apparato labirintico.

Gli AA. hanno adottato il loro metodo poichè lo studio delle reazioni nistagmiche, da solo, dà risultati imprecisi, poco sensibili e incostanti; e poichè ritengono che le reazioni locomotrici agli stimoli vestibolari hanno la stessa origine e sono della stessa natura delle reazioni nistagmiche, parallelamente alle quali debbono ricercarsi.

La *reazione locomotrice* si compone dell'insieme di modificazioni presentate durante la marcia di un individuo che compia, a occhi chiusi, senza fermarsi, una serie di spostamenti di lunghezza eguale, da prima in marcia progressiva, quindi retrocedendo (di solito 6 m.). A esprimere le diverse possibilità gli AA. adottano un linguaggio algebrico, che riassume in una breve formula il reperto di ognuno: chiamano W ogni percorso, col segno + la deviazione verso la destra del soggetto in esame, col segno — verso sinistra. La grandezza della deviazione si indica in gradi, partendo dal piano di simmetria dell'individuo nella sua posizione di partenza, per il quale passerà una linea tracciata sul pavimento della sala.

Con tale metodo avremo: 5 W devia 90° + (il soggetto compie una deviazione di 90° verso la sua destra in capo a 5 spostamenti in avanti e in dietro); oppure 10 W devia 90° — (in capo a 10 spostamenti ha deviato di 90° verso sinistra); 10 W non devia (se la sua marcia resta rettilinea); infine 20 W devia 720° + (se in capo a 20 viaggi ha percorso due circonferenze spostandosi sempre verso la sua destra).

Le reazioni locomotrici — come quelle del nistagmo — possono distinguersi in *spontanee* e *provocate*.

Quanto alle prime lo studio della deambulazione ad occhi chiusi non fornisce dati precisi, poichè è eccezionale trovare un individuo normale che si sposti secondo un tragitto rettilineo per un tempo abbastanza lungo; d'altro canto troppi fattori estranei al labirinto producono dei perturbamenti locomotori. All'incontro *ogni labirintico offre dei marcati disturbi della deambulazione*, variabili secondo il predominio di un vestibolo rispetto all'altro. Quindi nelle lesioni labirintiche bilaterali sarà difficile, se non impossibile, trarre una conclusione dalle deviazioni presentate dal cammino del soggetto in esame.

Nelle lesioni unilaterali si può ammettere in generale che l'evoluzione della reazione locomotrice spontanea è parallela a quella del nistagmo spontaneo. Si hanno dunque un periodo di eccitabilità esagerata che si traduce con un angolo di spostamento verso il vestibolo leso; ed uno di diminuita eccitabilità segnata da un angolo di spostamento verso il vestibolo sano.

In pratica la reazione locomotrice spontanea dovrà essere presa in considerazione soprattutto, più che per la sua direzione, per la grandezza dell'angolo di spostamento, qualunque ne sia il senso.

Reazioni locomotrici provocate dagli stimoli calorico, rotatorio e galvanico. Il loro studio è importante, poichè dal punto di vista fisiologico pone il principio che le reazioni nistagmiche e locomotrici sono prodotte da una stessa causa, che risiede nei movimenti del liquido endo-linfatico; dal punto di vista clinico, valuta dal grado, dalla direzione e dalla durata

della deviazione, lo stato di ogni apparecchio vestibolare.

Dei tre ordini di stimoli il rotatorio è di azione evidente, ma complessa; il galvanico di azione oscura e complessa; il calorico è di azione facile a intendersi, agendo e interrogando su di un solo vestibolo.

Reazione locomotrice allo stimolo calorico: per provocarla si usa l'iniezione di acqua fredda nel condotto, in condizioni identiche e definite di pressione, di temperatura (27°), di durata e di posizione del soggetto. Appena appaiono le scosse di nistagmo viene ricercata la reazione locomotrice, la quale si compone di una *reazione elementare* (W) consistente nel percorso di una data distanza, a occhi chiusi, in avanti e in dietro, e di una *totale*, risultante dalla somma delle reazioni elementari che si hanno tra l'inizio dello stimolo e il momento in cui l'individuo ritorna alla sua reazione locomotrice spontanea.

Nel normale, eccitando col freddo il vestibolo di destra, il soggetto descrive nel cammino in avanti una curva a concavità destra, nella marcia retrocessiva a concavità sinistra. Nel suo insieme la reazione locomotrice elementare sarà caratterizzata dalla persistenza del senso di spostamento sempre diretto come quello delle lancette d'orologio. L'individuo cioè, nei suoi mutamenti di sede, segue una direzione nello stesso senso del corso del suo liquido endolinfatico; eccitando infatti il suo canale semicircolare orizzontale di destra, abbiamo prodotto al suo interno, in seguito a raffreddamento, un movimento molecolare diretto dalla sua parte superiore alla inferiore. Dato che la direzione del movimento endolinfatico coincide con quella del cammino, se eccitiamo con la prova frigida l'orecchio di sinistra, la direzione del movimento endolinfatico avverrà in senso inverso, come pure quella della reazione locomotrice.

Se il soggetto in esame tenesse una marcia progressiva in uno spazio illimitato, la sua reazione locomotrice si tradurrebbe con una curva ellittica o con una circonferenza di raggio più o meno grande. Nei casi normali, ognuno descrive, ad ogni W, un arco di cerchio di circa 20° sotteso da una retta di circa 6 m.; ma a misura che l'eccitazione diminuisce l'angolo di spostamento diviene minore.

Nei casi patologici, data la sinergia dei due labirinti, è bene considerare sopratutto le lesioni unilaterali. In essi si ha quasi sempre eccitabilità diminuita o aumentata; per eccezione assenza assoluta di quella.

L'eccitabilità esagerata unilaterale, che va da quella poco intensa a quella spiccatissima, fa sì che il soggetto gira senza posa nel senso dello stimolo, descrivendo delle circonferenze di 2-3 metri di diametro. Quando v'è eccitabilità scarsa troveremo un angolo di deviazione più o meno debole secondo il grado e inoltre dei fenomeni di aumentata eccitabilità dal lato sano.

Reazione locomotrice all'eccitazione rotatoria: si provoca facendo eseguire 5 giri su se stesso all'individuo in piedi e ad occhi chiusi: la media della durata di eccitazione è costante, da 10 a 12''.

La reazione si può scindere in una *reazione elementare*, analoga a quella per gli stimoli calorici, e una *totale*, che per la stretta analogia a quanto avviene per il nistagmo (i due fenomeni debbono avere la stessa base fisica) si può dividere in tre periodi:

1) una deviazione rotatoria o perrotatoria, che si produce nel senso della rotazione già eseguita dal paziente; questa è specialmente spiccata nei soggetti malati;

2) una deviazione post-rotatoria, netta e facile ad osservarsi anche nei normali, risultando da una deviazione in senso opposto a quello della rotazione;

3) una deviazione post-postrotatoria, che si effettua nel senso della rotazione, ben netta e di lunga durata.

Nei casi patologici con forte eccitabilità di un lato vediamo da prima apparire, se la rotazione si fa nel senso del vestibolo maggiormente eccitabile, una reazione diretta nel senso della rotazione, poi una reazione post-rotatoria debole, infine una reazione post-postrotatoria intensa. Se la rotazione è avvenuta in senso inverso mancano la reazione perrotatoria e quella post-postrotatoria, predominando intensa e imponente la sola fase postrotatoria.

Nei casi di diminuita eccitabilità, tutte le reazioni che si producono dal lato leso sono diminuite; invece dal lato sano esiste leggero aumento compensatorio della eccitabilità.

Reazione locomotrice all'eccitazione galvanica: è stata descritta da Cestan, Descomps e Sauvage (1916). È probabile che agisca in gran parte sull'apparato vestibolare, ma è di difficile interpretazione quanto la vertigine voltaica, sebbene quella costituisca un metodo di esame più sensibile, amplificando i risultati di questa.

Concludendo, esistono nell'uomo delle reazioni motrici generali prodotte dall'eccitazione ampollare: queste reazioni sono analoghe a quelle ottenute sperimentalmente negli animali. Nella rana l'eccitamento dell'ampolla del canale orizzontale produce un movimento del capo in senso opposto; se la irritazione ampollare è

più intensa il movimento è più accentuato e si diffonde a tutto il corpo che si dispone ad arco dal lato opposto; se cessa lo stimolo, l'animale compie un movimento per ritornare in posizione normale. Nell'uomo che questi fenomeni passavano inosservati perchè mancava un metodo clinico agevole per porli in evidenza, come offrono ora le reazioni locomotrici.

G. B.

DIAGNOSTICA

La diagnosi differenziale della tubercolosi polmonare dalle lesioni croniche delle fosse nasali.

(E. RIST, *La Presse Médicale*, 1916, n. 41).

Quando un individuo tossisce da alcune settimane o mesi si è propensi a considerarlo come un tubercoloso. Spesso tutte le ricerche batteriologiche e plessimetriche riescono negative e il malato reclama una cura per la tosse ostinata. Non di rado questa dipende da una lesione del cuore o da una nefrite cronica; specialmente la *stenosi mitralica* simula la tubercolosi polmonare. Dà tosse, provoca emottisi, le congestioni polmonari passive e localizzate sono accompagnate da febbre, ecc.

Talora la tubercolosi polmonare iniziale viene simulata dalla *dislocazione verticale dello stomaco* (*atonia gastrica con ptosi*): i pazienti ne dimagrano, tossiscono specie dopo i pasti, assumono aspetto cachettico. In altri casi la *malattia di Flajani-Basedow* dà rapido dimagramento, sudori, instabilità termica, tachicardia, stanchezza, disturbi mestruali, diarrea; interviene poi piccola tosse secca, pertinace, opprimente.

Ma in molti altri casi la malattia che mentisce la lesione da Koch dipende da qualche *disturbo a carico delle vie aeree superiori.* Oggi sovente mentre si indirizza tutta l'attenzione ai polmoni e alle pleure, non si tiene il dovuto conto di quelle; sarebbe come se si volessero diagnosticare e curare tutte le malattie dei reni, dell'uretere e della vescica, trascurando quelle dell'uretra e della prostata, e le ripercussioni che svolgono reciprocamente.

Ora, la maggior parte dei medici, nel campo della rinologia, pensano alle vegetazioni adenoidi, alla sinusite acuta, alla coriza, alle epistassi; ma non si preoccupano di moltissime altre forme molto diffuse, a lungo decorso, con molteplici influenze sull'organismo, quali la stenosi congenita delle fosse nasali, le deviazioni e gli sproni del setto, la rinite ipertrofica e quella atrofica, l'etmoidite cronica, le sinusiti mascellari, frontali e sfenoidali, i polipi delle fosse nasali.

Occorre che il medico — dato che le affezioni nasali croniche sono tollerate benissimo e con scarsi segni subiettivi — sospetti da sè la loro esistenza, senza che il malato glielo suggerisca, indagando presso il paziente con un buon interrogatorio, con l'esame funzionale della respirazione nasale, con l'ispezione della forma esteriore del naso, con l'analisi della voce.

Sovente l'architettura del naso sta ad indicare un'anomalia che si esprime pure nella disposizione delle sue cavità: vi sono nasi sottili, affilati, che denotano a primo acchito una strettezza congenita delle fosse nasali, altri deviati, a orifici asimmetrici a setto deviato; la radice del naso slargata deve far pensare all'ipertrofia dei turbinati medi.

I soggetti con affezioni nasali croniche hanno d'ordinario un timbro speciale della voce, per il predominio dei componenti gravi del suono, il quale è come « in sordina », fatto dovuto all'alterazione delle risonanze che subisce di norma la voce nelle cavità del naso. Inoltre la voce è spesso più o meno velata per la laringite catarrale cronica che accompagna comunemente le riniti.

Queste modificazioni vocali possono aversi nella maggior parte delle affezioni nasali croniche, come la tosse abituale: questa è talora ad accessi, secca, spasmodica, talora invece grassa e seguita da espettorazione abbondante, non di rado con strie di sangue (da varici della base della lingua, o della trachea). In molti casi la tosse non è accompagnata da alcuna modificazione all'esame fisico del torace, mentre in molti individui si hanno sintomi di bronchite dei grossi bronchi, con sibili e ronchi superficiali, che non si ascoltano che allorchè il soggetto è restato parecchie ore senza tossire. In altri casi si hanno bronchiti diffuse, con espirazione prolungata che simula l'enfisema; in qualche esempio si tratta di bronchite circoscritta che si ferma nelle ramificazioni di un lobo, tenacemente.

Questa ultima è scambiata sovente per una tubercolosi in via di rammollimento; tuttavia contrastano con i segni ascoltatori la sonorità normale del lobo alla percussione, la sua trasparenza ai raggi X, l'assenza di B. di Koch nell'escreato.

La bronchite è accompagnata non di rado da un po' di febbre o almeno da instabilità termica; genera un certo grado di dispnea e può dare dei dolori al costato, sia per la flogosi dei bronchi, sia per lo stiramento dei muscoli della parete toracica, dato dalla tosse. Quando si aggiunga che i rino-pazienti respirano d'ordinario assai male e riempiono in

modo insufficiente i loro polmoni — e le parti naturalmente meno mobili, gli apici, sono quelle che respirano meno bene — si intenderà come la diminuzione del murmure vescicolare, sommata ai fatti precedenti possa indurre a porre la diagnosi di tubercolosi polmonare.

G. B.

Otiti latenti nell'infanzia.

P. J. Martino (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1917, p. 476) segnala la frequenza e la gravità dell'otite nell'infanzia. La lesione viene dimostrata dalle autopsie, mentre rimane spesso non sospettata in vita: ad esempio, Barbillon trovò alle autopsie la suppurazione bilaterale dell'orecchio medio in 25 bambini su 27 morti durante il primo mese di vita; Ponfick rinvenne la suppurazione dell'orecchio medio nel 91 % dei bambini trattati per broncopolmonite o per gastro-enterite; Gomperz nel 90 % di bambini morti per affezioni varie.

Nella maggioranza dei casi la malattia non dà dolore localizzabile nè segni otoscopici. Moltissimi stati morbosi diagnosticati come infezioni primarie del sistema digerente o respiratorio, ecc., se non secondarii ad infezioni oto-naso-faringee, sono per lo meno concomitanti, dovuti alla stessa causa (per lo più debolezza congenita).

Eccettuati i casi di perforazione spontanea o di produzione rapida di segni otoscopici, questi casi si sottraggono alla diagnosi. Il ritardo della diagnosi può significare l'insorgenza di complicazioni che terminano fatalmente.

Si può ammettere che tutte le malattie generali dell'infanzia coesistono molto facilmente con l'otite media. Tutte le volte che persiste uno stato febbrile, setticemico, di cui non è manifesta nessun'altra causa, l'orecchio certamente è interessato. Anche se mancano sintomi locali, è bene di praticare una paracentesi: se eseguita precocemente e con cura, essa determina la guarigione in quasi tutti i casi positivi, mentre non comporta lesioni anatomiche nè disturbi funzionali nei casi negativi. L. P.

MEDICINA LEGALE.

Sulle otiti purulente procurate e su una lesione caratteristica del meato uditivo esterno.

(G. GRADENIGO, *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, LXV, 1917, n. 1-2).

Nella presente guerra s'incontrano con frequenza flogosi dell'orecchio provocate ad arte dai soldati. Le otiti artificiali non vengono create sempre allo stesso modo e però non presentano sempre gli stessi caratteri: dobbiamo distinguerne due gruppi a seconda che siano prodotte con l'irritazione o ustione più o meno profonda, limitata al meato e alla sua parte più esterna, ovvero siano indotte dalla causticazione diffusa di tutto il condotto e della superficie esterna della membrana timpanica. Non appartengono strettamente alle otiti provocate le grossolane imitazioni di malattie dell'orecchio, ottenute, a simulare il pus, con l'introduzione nel condotto di miele, di latte cagliato, di succhi d'erbe, di muco-pus nasale (Caldera), ecc., o i polipi (frammenti di carne, testicoli di pollo, ecc.).

In generale le lesioni delle otiti provocate — e su ciò richiama l'attenzione il Gradenigo — sono ottenute invece che con l'introduzione o instillazione delle sostanze caustiche nel condotto, con la semplice applicazione di queste entro il meato; ne risulta una lesione caratteristica, che permette da sola la diagnosi.

Si tratta di un'ulcerazione più o meno profonda, che interessa tutto all'intorno il meato, con disposizione abbastanza regolarmente circolare e che si approfonda per piccolo tratto, da 1/2 a 1 cm., nelle pareti del condotto cartilagineo, interessando sovente la conca e il trago. La lesione non si estende di solito alle parti profonde del condotto e alla membrana. È come se un cilindro di ferro arroventato o un tampone di cotone impregnato di sostanza caustica o infiammata fosse stato applicato e mantenuto per un certo tempo contro il meato, in modo da determinarvi un'ustione più o meno profonda. S'intende come l'aspetto delle parti possa variare grandemente secondo la potenza del caustico, del modo d'applicazione e del periodo in cui osserviamo la lesione.

Nei casi lievi si può avere un'ulcerazione superficiale che tende a rapida guarigione. La superficie appare nei primi periodi coperta di un magma bianchiccio, di difficile rimozione, risultante di masse d'epidermide macerata e di pus: deterso questo, resta a nudo una superficie ulcerata facilmente sanguinante.

Se la causticazione ha agito profondamente si nota una vera escara biancastra che si stacca soltanto dopo molti giorni e lascia una perdita di sostanza dove sono a nudo le parti profonde del derma e talora la cartilagine della conca e del tratto più esterno del condotto. V'è in questo stadio reazione flogistica delle parti vicine e sovente suppurazione.

Più tardi dalla superficie ulcerata sorgono delle granulazioni che, crescendo verso il lume del condotto, mostrano ben presto tendenza ad obliterarlo completamente o a stenosarlo in alto grado. Resta costituito allora un vero diafram-

ma di tessuto fibroso, ricoperto da cute sottile, il quale si trova alla profondità di mezzo a 1 cm. dal meato. Talora residuano alterazioni cicatriziali nella conca, sul trago e specialmente nella fessura intertragica; caratteristica — poichè non si riscontra mai nelle stenosi genuine del condotto — è una depressione cicatriziale lineare della larghezza di alcuni mm. sulla superficie esterna del trago in corrispondenza del margine libero.

Risultano per tal modo delle occlusioni quasi totali del condotto, in cui talora si penetra soltanto a traverso un forame capillare, ostruito da detriti epidermici o da pus concreto, che non si veggono mai nei malati borghesi.

Il referente ne ha veduto molti casi in zona di guerra; e ne ricorda una piccola « epidemia » in soldati provenienti tutti, a breve distanza di tempo, dalla stessa brigata. Questi autolesionisti, in cui la malattia sembrava provocata sempre dallo stesso artefice tanto era uniforme, cessarono dal presentarsi solo quando venne richiamata su essi l'attenzione del comando di detto corpo. G. B.

TERAPIA.

Sulla cura della sordità.

C. Gluch (*Medical Record*, 9 mar. 1918) afferma di aver guarito, attenuato od arrestato molti casi di sordità e sordastreria, eliminando alcuni stati morbosi del rino-faringe: affezioni croniche delle tonsille palatine, vegetazioni adenoidi o loro residui, deviazione del setto nasale.

Secondo l'A. le tonsille vanno asportate; va rimossa ogni traccia del tessuto adenoide, mentre si provvede a rompere le aderenze fra le tube d'Eustachio e la volta faringea; la deviazione del setto, se grave, può correggersi con una resezione sottomucosa o con l'operazione di Ashe (nei bambini), ecc.

Minore importanza hanno le malattie dei seni — tra cui sono specialmente affetti gli etmoidali — e l'ipertrofia dei turbinati. Per solito queste due affezioni guariscono quando scompare il catarro legato ai due primi fattori menzionati. Se persistono, basta la resezione dei turbinati medi, limitandosi ad un'aggressione minima, per ripristinarne il volume normale. Di solito il drenaggio dei seni etmoidali si compie bene dopo questo intervento.

Otiti croniche, tanto catarrali quanto suppurative, si vedono scomparire in modo sorprendente dopo la cura preconizzata dall'A., poichè viene ad effettuarsi il drenaggio per le tube, di cui si disostruiscono gli ostii. Per lo stesso motivo guariscono molte mastoiditi croniche. Anche le perforazioni della membrana, nelle forme suppurative, rimarginano con relativa facilità, sovratutto durante l'età giovanile.

Le lesioni dell'orecchio interno, quasi sempre dovute a propagazione di quelle che colpiscono l'orecchio medio, si emendano lentamente anch'esse, perchè non sono più alimentate.

Se è colpito gravemente l'orecchio interno, possono richiedersi due o tre anni prima di ottenere una miglioria soddisfacente dell'udito; ma se è interessato il solo orecchio medio, si ottengono successi molto rapidi: a volte la guarigione segue nel corso di qualche settimana.

Naturalmente si dànno lesioni inveterate e irreparabili del labirinto.

Per solito si emenda il tinnito. R. B.

Presunta curabilità dell'ozena.

Malgrado le ricerche dei batteriologi, le quali tendono a provare che almeno il cattivo odore dell'ozena è dovuto a batteri definiti, e malgrado l'assunto generalmente ammesso che l'ozena può emendarsi ma non guarire, Duverger (*Revue de laryngologie, d'otologie*, ecc., 10 gennaio 1918, e *Medical Record*, 2 marzo 1918) assevera che la malattia è sostenuta da un'inferiorità istologica locale e che è suscettibile di trattamento, più di molte altre malattie.

Lo stimolante fisiologico della mucosa nasale — o meglio delle sue cripte secernenti — è l'aria respirata; ne viene che la respirazione nasale sistematicamente e persistentemente condotta si mostra in grado di effettuare una buona cura, almeno in soggetti che si trovano ancora nel pieno vigore della vita, sotto i 30 anni.

Il paziente deve respirare per il naso anche durante il sonno; all'uopo è facile escogitare dei dispositivi di contenzione, da applicare alla bocca.

Le croste vanno rimosse, il che non dev'esser fatto mai per mezzo dei lavaggi, che stimolano la secrezione, ma per mezzo di olî minerali, iniettati con un atomizzatore; si pratica poi un dolce massaggio esterno.

Bisognerà anche provvedere alla salute generale; si raccomanderà in specie la vita all'aria libera.

Possiamo sospettare che i successi vantati dall'A. nella terapia dell'ozena siano da ascrivere in larga misura alla circostanza che egli pratica al Cairo, cioè in un clima da cui traggono molto benefizio parecchie affezioni croniche, dalla tubercolosi alle nefriti. L'estrema secchezza dell'aria accresce la tendenza alla formazione di croste, mentre l'A. mette in guardia contro tutte le pratiche che tendono ad accrescere la secrezione nasale. Ciò deve eserci-

tare un'influenza favorevole di per sè sulla malattia degli europei stabilitisi colà o che vi si recano temporaneamente.

Egli ci informa che gli arabi non conoscono quasi l'ozena; ma naturalmente respinge l'ipotesi che questo fatto possa esser dovuto alla loro scarsa simpatia per i cani, che, secondo Perez, sono portatori del bacillo dell'ozena.

È bene ricordare che un ottimo rimedio palliativo dell'ozena è quello preconizzato dal nostro Bilancioni; esso consiste nel tamponamento e nel massaggio rapido della cavità nasale con portastuelli montati ed intrisi in una soluzione satura di iodoformio in etere. R. B.

VARIA.

Vegetazioni adenoidi e fimosi.

La coincidenza frequente di queste due affezioni è abbastanza sconcertante, dacchè, mentre la fimosi è una malformazione congenita, le adenoidi sono considerate da tutti come acquisite — per quanto stiano forse in rapporto con un'angustia congenita delle vie nasali.

E ciò senza contare che le due affezioni hanno sedi troppo diverse e lontane.

Tutt'e due coincidono spesso con l'enuresi e sembrano in grado di determinarla.

Di recente Lassalle ha pubblicato, su questo argomento, un lavoro (recensito in *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 dic. 1917 in *Medical Record*, 2 marzo 1918). Egli in poco tempo ha osservato tre casi d'incontinenza urinaria in piccoli bambini, che tutt'e tre presentavano vegetazioni adenoidi e fimosi. Due furono trattati con la circoncisione e l'adenoidectomia e guarirono immediatamente della loro incontinenza; nel terzo venne eseguita la sola circoncisione e l'incontinenza persistette.

Il medico francese — che non è un laringologo — sembra considerare le adenoidi quale manifestazione morbosa primaria; invece alcuni autori la considerano come secondaria ad una insufficienza congenita delle vie nasali. Questa difettosa conformazione anatomica potrebbe coesistere, per un vizio generale dell'ontogenesi, con la difettosa conformazione del pene; ma date le attuali cognizioni, sembra impossibile di collegare embriologicamente la fimosi con uno sviluppo difettoso dello scheletro delle prime vie aeree.

I rapporti fisiologici invocati da vari autori tra la mucosa nasale e l'apparato sessuale non ci soccorono per spiegare i possibili rapporti anatomici.

Che due stati morbosi tanto comuni possano occasionalmente ed anche frequentemente coesistere, non deve sorprenderci; è possibilissimo, se non probabile, che la relazione tra di essi non sia di casualità o di dipendenza, ma di semplice coincidenza. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

ATTI DELLA CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA, diretta dal prof. Gherardo Ferreri; anni XIII-XIV, 1915-1916. — Roma, Tip. di G. Ferri, 1917.

Il XIII e XIV anno degli Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica dell'Università di Roma, raccolti in unico volume, costituiscono un contributo scientifico e clinico tale, da far onore alla scuola italiana, che anche durante l'infuriare della guerra non trascura i supremi fini della scienza.

Nel volume sono consegnati numerosi lavori originali contenenti indagini di laboratorio (fisiologiche, anatomiche ed istologiche), altri d'indole clinica, alcuni relativi alla medicina e chirurgia di guerra, ecc.

Fra i primi sono notevoli: «La fatica della laringe in condizioni normali e patologiche» di G. Ferreri e G. Bilancioni, lavoro sperimentale che dimostra con dati obiettivi le alterazioni da fatica della laringe; la «Teoria della fonazione» di G. Nuvoli, in cui questo autore conferma le sue belle qualità di sperimentatore; un «Contributo allo studio dei rapporti fra alterazioni delle glandole endocrine ed otosclerosi, con reperti anatomopatologici ottenuti nei cani stimizzati» di G. Turtur, il quale riprende un argomento già trattato nella Clinica di Roma, corredandolo di nuove ed importanti osservazioni; in un lavoro condotto con metodo rigoroso sui «Pseudopapillomi della laringe», L. T. Cipollone chiarisce l'anatomia patologica di molti tumoretti della laringe di cui era oscura la patogenesi; ancora: G. Ferreri ci offre uno studio completo sull'evoluzione dell'osso temporale di cui emerge il significato anatomico e l'importanza clinica; G. Bilancioni si occupa minutamente dell'anatomia della parete interna della cassa, traendone deduzioni importanti per la patologia e la chirurgia auricolare.

Fra i contributi clinici ne segnaliamo uno pregevolissimo di G. Ferreri, il quale raccoglie dalla sua larga esperienza clinica un complesso di casi, dalla cui discussione emerge la netta indicazione chirurgica per la cura radicale delle lesioni flogistiche croniche dei seni frontali; E. Milani riunisce per primo in Italia i dati semeiologici per la utilizzazione dei raggi X nella diagnosi delle malattie della nostra specialità: questo lavoro è corredato da magni-

fiche tavole radiografiche perfettamente dimostrative; A. Drago illustra l'importanza delle laringostomie nelle stenosi croniche laringotracheali.

Documenti importanti per la fisio-patologia e la clinica dell'orecchio in riguardo ai traumi di guerra sono i lavòri di R. Vitto-Massei: Due casi di traumi dell'orecchio da scoppio; F. Brunetti: Sui traumi dell'orecchio medio e interno da detonazione; G. Ferreri: Sulla pretesa rieducazione dell'udito nei traumi di guerra dell'orecchio; D. De Carli: Note sul servizio otorinolaringoiatrico nell'ospedale da campo 234.

Meritano ancora menzione: una nota nella quale il Bilancioni, con la sua autorità di storico della medicina, rivendica al Baglivi il merito della insufflazione intratracheale detta di Auer e Meltzer, ed alcune ricerche istologiche di G. Turtur sugli effetti del trattamento dell'ozena col metodo all'etere-iodoformio di Bilancioni.

Nel volume è contenuta la Bibliografia italiana della specialità raccolta con la solita diligenza da R. Vitto-Massei, ed in appendice una tesi di libera docenza di V. Graziani, « Il gozzo e le prime vie del respiro », con casistica personale ed interessanti ricerche sperimentali.

Ci sia lecito chiudere questa fugace recensione inviando un memore saluto al rimpianto collega Trevisán, bella speranza della nostra specialità, il quale immolava la sua balda giovinezza in servizio della Patria.

D. DE CARLI.

A. LUZZATI. *Sulle alterazioni uditive da traumi acustici.* Roma, Tipografia Cartiere Centrali, 1917.

Nella prefazione di questo libro l'A. afferma che il compito del suo lavoro è quello di riunire tutte le nozioni che la fisiologia, l'anatomia, la istologia hanno accumulato in rapporto all'azione del *trauma acustico* sull'orecchio, studiarne la corrispondenza nel campo clinico e patologico, trarre le conclusioni per la cura e la profilassi.

La lettura del volume convince che l'A. è pienamente riuscito nel suo scopo fornendo alla letteratura medica un contributo di cui si avvertiva la mancanza.

Il lavoro del dott. Luzzati per il momento nel quale è pubblicato assume una maggiore importanza.

L'argomento interessa il medico militare per l'accertamento, la cura e la profilassi della sordità di guerra, ma interesserà non meno i medici addetti a speciali industrie, ai medici ferroviari perchè buona parte del volume è dedicata alla trattazione delle sordità professionali. cato alla trattazione delle sordità professionali. mere: lavoro eccellente pubblicato al momento opportuno.

DR.

BOURGEOIS e SOURDILLE. *Otites et surdité de guerre.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. Editori Masson et C.ie, Parigi.

L'otologia in questa guerra ha assunta una importanza straordinaria. Le malattie dello orecchio, traumatiche o non, hanno assunto una proporzione veramente imprevedibile, senza dire che la otopatologia si è purtroppo arricchita di capitoli sconosciuti in tempo di pace. Il libro di Bourgeois e Sourdille riassume chiaramente e completamente i risultati accumulatisi anche per questa branca della medicina durante questi tre anni di guerra.

Oltre a ciò buona parte del manuale è dedicata alle questioni medico-legali che le malattie dell'orecchio vere o simulate possono sollevare. Gli AA. si soffermano ad indicare dettagliatamente i metodi di esame anatomico e funzionale e tutte le prove che valgono a svelare la simulazione. Sotto questo punto di vista il manuale è utile oltre che per i medici militari anche per tutti i medici-legisti.

a. a.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7259) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. abbonato n. 9185. — L'esito della proposta di esonero sarà certamente comunicato al Sindaco, da cui saprà la relativa decisione. Nel caso che Ella dovesse lasciare il servizio non si può precisare se sarà precedentemente o contemporaneamente sostituito da altro collega, designato dalla competente autorità.

(7260). *Chiamata alle armi. - Pensione.* — Dott. V. G. da C. M. — La chiamata alle armi dei medici per i bisogni del R. Esercito è determinata dal Ministero a seconda delle necessità del servizio, che non si possono prevedere nè precisare. Durante il servizio militare non si perde il diritto alla pensione seguitando nel frattempo a pagare i relativi contributi, i quali sono, anzi, anticipati dai Comuni salvo rivalsa sulle future spettanze del sanitario. Occorre, però, fare analoga dichiarazione scritta alla amministrazione da cui si dipende.

(7261) *Chiamata sotto le armi.* — Dott. abbonato n. 1119. — Dato quanto ha esposto nel quesito, pare che effettivamente si tratti di chiamata sotto le armi, giacchè si parla di sostituzione e si è anche indicato chi possa sostituirlo. Del resto la circolare del Ministero della Guerra e dello Interno del 28 dicembre 1917 n. 20400 tassativamente prescrive che saranno revocate tutte le dispense e gli esoneri concessi ai medici che non abbiano prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra e che detti sanitarii saranno sostituiti presso le amministrazioni civili con altri che tale servizio abbiano prestato, salvi i casi accertati e senza dubbio rarissimi di vera e propria indispensabilità personale.

(7263) *Aumento sessennale.* — Dott. S. D. da B. — Veramente non arriviamo a comprendere perchè l'aumento sessennale Le si sarebbe dovuto corrispondere solo nel caso che Ella fosse stata medico consorziale, mentre se il relativo diritto è sancito nell'atto di nomina o nel capitolato non Le si sarebbe potuto mai negare, anche essendo medico condotto di un sol Comune. Se non esistono altri elementi che potrebbero determinare una soluzione diversa, crediamo che non sia legittimo il diniego della autorità ad approvare l'atto in parola. Si rivolga al Prefetto della Provincia perchè riesamini il caso ed adeguatamente provveda.

(7264) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. E. G. da P. F. — Per riscuotere l'aumento di stipendio, di cui nel D. L. del 10 febbraio ultimo, occorre che preventivamente il Consiglio Comunale ne determini la misura, che non potrà mai oltrepassare quella fissata per gli impiegati civili dello Stato. Non può, quindi, Ella fare assegnamento sul 30 %, ma bensì su quella qualsiasi altra aliquota che crederà fissare il Consiglio Comunale predetto. L'aumento di stipendio si sovrappone alla indennità caro-viveri, ma non l'annulla.

(7265) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 7660. — Al trattamento economico stabilito dalle vigenti norme per i medici condotti chiamati sotto le armi han diritto solamente i titolari delle condotte e non quelli che le esercitano come interini o come delegati dai Prefetti per provvedere alla assistenza sanitaria della popolazione civile.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3252:

Data la relativa anzianità della sua classe Ella non è stato ancora precettato.

Ciò non significa però che Ella non possa venir chiamato alle armi quando ve ne sia bisogno.

In tal caso verrà in tempo utile avvertito dal Comando del suo Distretto.

All'abb. n. 4310:

Data la poca anzianità della sua classe è assai difficile che possa ottenere ciò che desidera.

All'abb. n. 9615:

Articolo 33. — La *congiuntivite granulosa* (*tracoma*) e le altre *congiuntiviti croniche,* sia l'una che le altre riuscite agli esiti insanabili di cui agli articoli 27 e 34, accertate con osservazione in ospedale militare.

All'abb. n. 1555:

Le indennità speciali per gli ufficiali che prestano servizio nei Lazzaretti sono istituite volta per volta nei periodi epidemici. Pel momento quindi non essendovi epidemie in atto non Le compete alcuna indennità speciale.

Al dott. N. G. da P.:

A Roma non mancano ottimi ospedali per ufficiali. P. es., l'ospedale Palazzo Regina Madre, l'Anglo-Americano, ecc.

All'abb. n. 6930:

Dato il servizio da Lei prestato in zona di guerra non è probabile che venga ora rimobilitato anche se richiamato alle armi.

Sarà, se richiamato, adibito a qualche servizio in zona territoriale dovendo Ella considerarsi in linea di diritto come un avvicendato. Naturalmente la promozione Le perverrà a suo turno poichè l'anzianità ed il servizio prestato non possono essere stati cassati dal periodo di esonerazione del quale ha goduto.

All'abb. n. 9272:

Sembra che il Ministero abbia riconosciuta la sua inabilità ai servizi di prima linea, se in seguito al suo reclamo è stato tolto dal servizio reggimentale e assegnato ad un ospedale da campo. In tal caso però, non avendo l'*abilità incondizionata,* Ella non può aspirare alla promozione a capitano.

All'abb. n. 6786:

Data la giovinezza della sua classe non è ancora possibile per Lei l'avvicendamento.

All'abb. n. 480:

Per ciò che concerne i medici l'avvicendamento tra zona territoriale e zona di guerra non è stato sancito per le classi 1880-1882.

Questi ufficiali possono però, se richiesti dalle autorità interessate, venir destinati a servizii speciali

in zona territoriale, purchè abbiano trascorso non meno di un anno al fronte, in qualsiasi posizione o grado.

Al dott. C. B. da C.:

Per gli ufficiali l'ernia inguinale, purchè riducibile e contenibile, non è causa di riforma.

All'abb. n. 1067:

Non vi sono disposizioni speciali per la promozione dal grado di sottotenente a quello di tenente, che diversifichino dalle altre. Sta però di fatto che *quando le proposte pervengono al Ministero,* anche se non risulta la completa idoneità fisica incondizionata, se può venire effettuata la promozione da sottotenente a tenente, mai viene fatta quella da tenente a capitano.

All'abb. n. 8820:

I titoli da Lei presentati possono essere sufficienti per l'esonero, ma esso è concesso caso per caso dietro esame di una Commissione speciale destinata appunto a vagliare le proposte di esonero e non è possibile prevedere con certezza le decisioni di tale Commissione.

L'esito della sua pratica Le verrà comunicato dall'autorità militare dalla quale dipende per il tramite dell'Intendenza Generale.

Il Decreto è già in via di graduale applicazione.

Al dott. E. d. S. da C.:

La nomina *per titoli* — e tale è quella che si ottiene in base ai 15 anni di servizio professionale compiuto — non può conseguirsi che nel ruolo di complemento.

Anzi trattasi di un ruolo speciale diverso da quello comune agli ufficiali di complemento che provengono dalla scuola di Firenze.

Non è quindi possibile ottenere quanto Ella desidera, a meno che non comprovi la sua abilità incondizionata.

Al dott. V. R. da B.:

L'articolo che nell'Elenco delle infermità parla della inabilità permanente per astigmatismo misto si riferisce al caso che l'astigmatismo in questione sia binoculare.

Questa almeno ne è la comune interpretazione, poichè se si tratta di astigmatismo monoculare il visus dell'altro occhio può anche essere normale.

Al dott. R. R. da T.:

Desiderando rinunciare all'esonero occorre far domanda di nomina ad ufficiale medico di complemento, dopo che avrà ottenuto l'annullamento dell'esonero dalla Commissione Prefettizia. (Alla domanda devono essere allegati i titoli).

Per i titoli posseduti, in base alla circolare n. 734 del 1916, Le spetta il titolo di maggiore medico.

Data l'anzianità della classe sarà probabilmente destinato al servizio territoriale del Corpo d'Armata di propria residenza.

Ha diritto all'indennità speciale di lire 5.

Se dichiarato inabile solo condizionatamente non potrà conseguire la nomina a maggiore malgrado i titoli posseduti.

Al ten. Coen:

No, caro collega. Faccia indagini ancora più accurate e potrà convincersi che la circolare n. 137 del 14 marzo 1918, alla quale Ella accenna, ha un comma *D* sul quale, a quanto sembra, non è caduta la sua attenzione.

Detto comma *D* dice che «per quanto riguarda gli ufficiali del ruolo tecnico di artiglieria, medici, farmacisti e corpi amministrativi, permangono le disposizioni attualmente in vigore».

Quindi, per i medici, quelle sancite dal decreto Luogotenenziale del 12 novembre 1916, n. 1529, al quale appunto mi riferivo nella risposta data all'abbonato n. 9528.

All'abb. n. 8399:

Lo specchio di avanzamento pei tenenti giunge ora a tutto il 1° maggio 1916. Quelli quindi con anzianità 1° ottobre non possono ancora esservi inclusi.

Al dott. A. M. da P. d. S. R.:

Non risulta sia ancora stato disposto nulla, ma certo la chiamata deve essere imminente.

Al dott. E. P. da P.:

Come già si è detto, le promozioni dei tenenti medici effettivi sono ferme al 1° maggio 1916.

Ella quindi non può essere promosso ancora capitano.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri on. Orlando, S. A. R. il Luogotenente Generale di Sua Maestà il Re ha conferito l'alta onorificenza di Grande Ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia al conte sen. Gian Giacomo della Somaglia, per le eminenti benemerenze acquistate nel presiedere la magnifica opera della Croce Rossa Italiana in questo storico momento.

Il direttore generale della Croce Rossa Italiana, comm. dott. Giuseppe Brezzi, è stato nominato maggiore generale medico, per meriti eccezionali.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. cav. VITO POLERÀ, medico condotto ed ufficiale sanitario in S. Vito Jonio e cassiere dell'Ordine dei medici della provincia di Catanzaro, ha perduto in guerra, sul Piave, il 6 dicembre u. s., il figlio MARIO, studente del 4° anno di giurisprudenza all'Università di Roma. Era sottotenente di fanteria e col sublime sacrifizio dei suoi venti anni volle riaffermare dinanzi alla morte che la gloria di difendere il solco, il focolare, la casa insidiati dal nemico non è privilegio di scuola o di partito, ma è dovere di ogni figlio della comune Patria. In un sanguinoso assalto sul basso Piave fu mortalmente ferito il 4 dicembre u. s. ed il 6 moriva in un Ospedale di Mogliano Veneto.

Dott. GIOVANNI NISTICÒ.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo giovane, pratico ospedali, condotte, cerca buona condotta possibilmente nei dintorni di Roma. Scrivere: dott. De Tommasi - Ospedale San Giacomo - Roma.

NOTIZIE DIVERSE

Conferenza interalleata per il razionamento scientifico.

Si è adunata il 29 aprile al Campidoglio. Vi partecipano i seguenti fisiologi ed igienisti: per l'Italia, Filippo Bottazzi e Luigi Pagliani; per gli Stati Uniti, Russell H. Chittenden e Graham Lusk; per l'Inghilterra, Ernest H. Starling; per la Francia, C. Langlois, T. Gley, J. Alquier; ne fanno parte anche delegati agricoltori, economisti e statistici dei vari paesi alleati. Alla seduta inaugurale intervennero personalità politiche, cittadine e tecniche; tenne il discorso inaugurale il nostro Commissario per gli approvvigionamenti e consumi, on. Crespi.

Congresso Nazionale delle Istituzioni pubbliche di beneficenza.

È stato inaugurato solennemente al Campidoglio il 28 aprile, presenti il ministro delle finanze on. Meda, il sottosegretario agli interni on. Bonicelli e molte altre autorità. I lavori sono stati espletati nelle successive sedute.

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

Con decreto 10 aprile sono state indette le elezioni per la nomina del rappresentante degli Ordini dei medici-chirurgi nel Consiglio Superiore di Sanità, in sostituzione dell'on. dott. Umberto Brunelli, dimissionario. Le elezioni stesse avranno luogo il giorno di giovedì 16 maggio, alle ore 10, presso il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) cui i presidenti degli Ordini dei medici-chirurgi delle varie provincie dovranno, in conformità dell'invito personale a ciascuno di essi rimesso, inviare la relativa scheda, nei modi prescritti, entro il giorno 8 maggio.

Nuova sede della Croce Rossa Italiana.

L'iniziativa presa dal Comitato Nazionale per la raccolta ed utilizzazione dei rifiuti d'archivio, di una sottoscrizione nazionale diretta a dotare la Croce Rossa Italiana di una propria e degna sede in Roma, ha avuto una felice attuazione.

Con le somme raccolte dall'anzidetta sottoscrizione (che continua per completare l'adempimento del nobile fine) e mediante un generoso contributo della Croce Rossa Francese, come prova di fratellanza e di solidarietà civile, è stato effettuato in Roma l'acquisto di due stabili attigui (via Toscana nn. 10-12), il primo dei quali darà comoda ed ampia sede agli uffici centrali della Croce Rossa Italiana, ed il secondo, già destinato per uso scolastico, verrà opportunamente adattato ad Ospedale modello per il perfezionamento del personale sanitario direttivo nonchè per quello di assistenza ed inferiore dell'associazione.

Beneficenza.

A Roma è morta or non è molto la contessa Cerasi, che tutta la vita aveva consacrato al bene altrui con una ininterrotta serie di atti generosi e benefici. Non avendo famiglia propria lasciò tutto il suo cospicuo patrimonio di *dieci milioni* all'Ospizio dell'Addolorata, in Roma, per provvedere alla cura ed assistenza dei convalescenti e dei cronici, integrando così l'opera degli Ospedali. Il Consiglio Comunale di Roma ha commemorato degnamente la munifica signora, che ha legato il suo nome ad un'opera umanitaria e moderna, e noi porgiamo il nostro reverente omaggio alla memoria della contessa Cerasi.

Il comm. Cerino Zegna, sindaco di Trivero, ha lasciato *tre milioni* di lire per la fondazione in Biella di un grande Istituto di Carità che dovrà chiamarsi Casa della Divina Provvidenza e seguire le orme degli Istituti Cottolengo di Torino, oltre a numerosi altri legati.

L'avv. sen. G. Facheris, morto a Milano, ha disposto molti legati di beneficenza, tra cui lire 100,000 al Pellagrosario di Inzago, e L. 50,000 ciascuno ai Comuni di Lorenzago, Treviglio, Cassano, Inzago e all'Ospedale di Cassano d'Adda, oltre ad altre L. 25,000 a quest'ultimo Comune per la creazione di un ente autonomo per case popolari.

A Torino è morto il sen. Michele Chiesa, ricco industriale, che ha lasciato L. 250,000 al Comune di S. Giorgio Canavese per l'erezione di un Ospedale pei poveri, L. 40,000 alla Casa Benefica, L. 40,000 all'Ospedale Mauriziano e L. 15,000 a ciascuno dei tre Asili di Cuorgnè, Rivarolo e Caluso.

È morto in Roma, a 53 anni, il **prof. dott.** LUIGI BERNACCHI, libero docente di infortunistica, consulente medico centrale della Cassa Nazionale Infortuni, maggiore medico ispettore presso il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana; valente cultore della medicina sociale, aveva approfondito **alcuni problemi della medicina infortunistica** e portato **pregevoli contributi** alla **rieducazione** professionale dei mutilati e ciechi di guerra.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXV. *Roma, 12 maggio 1918* Fasc. 19.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA MILITARIZZATA DI TORINO.

Per la diagnosi di tifo petecchiale

per il prof. ANGELO CECONI, direttore, consulente del 2° corpo d'armata terr.

La diagnosi di tifo esantematico di fronte a casi sporadici presenta assai di frequente non poche e non piccole difficoltà, tante sono le deviazioni che la malattia può affettare, sia di esordio che di decorso. Nè sempre il compito si rende più facile una volta scoppiata l'eruzione, massime se questa è poco estesa e rapidamente impallidisce, con poca o punta tendenza alla trasformazione petecchiale. Nè va dimenticato che in singoli casi, a decorso acutissimo oppure abortivo, ma anche in casi che decorrono normalmente, ogni manifestazione cutanea può mancare, e d'altra parte una qualche considerazione va anche portata sulla inesperienza che la grandissima parte dei nostri medici ha della malattia, per giustificare le incertezze, le esitanze ed i temporeggiamenti diagnostici anche di fronte ad un'eruzione cutanea del tutto caratteristica, massime ove venga a mancare quell'elemento diagnostico d'importanza indubbia, per quanto solo presuntiva, che è dato dalla provenienza del soggetto in questione dalla Libia o dall'Albania, e dalla presenza constatata o seriamente sospettata del pidocchio sulla sua persona o nel suo ambiente.

La prova di Weil-Felix (agglutinazione di un ceppo di proteo che fu creduto specifico, ma che non sembra diverso dal *p. vulgaris*) per concorde deposizione di non pochi ricercatori sembra in proposito di valore decisivo, ed è in verità molto usata nella pratica civile e militare nei paesi ai nostri nemici, ma da noi non ha avuto ancora applicazione alcuna, forse anche

per la fortunata circostanza che l'infezione ha risparmiato finora le nostre truppe, e se talvolta ha fatto capolino in qualche centro di popolazione civile, vi fu anche subito circoscritta e prontamente repressa.

Un altro elemento di. diagnosi ritenuto come sicuro è dato dallo studio istologico della roseola, la quale, secondo ricerche di E. Fränkel, presenta delle alterazioni oltremodo caratteristiche e per ciò utilizzabili anche a scopo di diagnosi differenziale, a carico dei piccoli vasi cutanei. Ma, come di leggeri si comprende, un tale metodo diagnostico non è a portata di tutti, nè potrà mai esser largamente sfruttato nella pratica clinica.

Pur tuttavia non siamo del tutto disarmati di fronte ai casi dubbi: qualche mezzo di ricerca è in nostro potere che ci permette di affermare o di escludere la diagnosi di tifo petecchiale, e non soltanto nei casi in cui la malattia è in atto, ma anche in quelli in cui è stata superata, magari da qualche settimana. Anche quest'ultima possibilità è tutt'altro che spoglia d'interesse.

Avendo avuto l'occasione di recente di procurarmi in proposito una qualche personale esperienza, mi permetto di farne qui parola, nella fiducia che possa servire a qualche collega che eventualmente venisse a trovarsi nella preoccupazione dei dubbi diagnostici di cui più sopra ho fatto cenno e delle relative responsabilità.

Mettiamo una prima eventualità, quella della malattia ancora in pieno decorso, ma con scarsa o poco caratteristica eruzione cutanea. Poche roseole son sparse sul ventre e sul tronco, d'una tinta rosea vivace, o pallida, a volte appena percettibile, a contorno indeciso, non rilevate. Scarsissime, magari mancanti in corrispondenza degli arti e nel palmo della mano, dove sogliono, secondo Brauer, esser di regola più abbondanti che altrove. Si allaccia intorno al braccio una fascia di gomma (può bastare anche la stretta ottenuta col fazzoletto o con le dita delle due mani), come si usa per praticare la stasi secondo Bier, e si osserva attentamente il comportamento della roseola al di sotto del laccio. Si rilevano così delle variazioni molto importanti e cospicue. Le roseole di tinta più accesa accentuano sempre più il loro colore fino a rendersi d'un rosso scarlatto e da ultimo violaceo scuro; quelle di tinta pallida gradatamente assumono un bel rosso vivo, quelle appena percettibili si rendono a poco a poco bene evidenti. Tutto ciò nel breve spazio di ½-1 ½ minuti. Contemporaneamente in punti della cute dove in precedenza anche con l'ausilio della lente non era reperibile alterazione alcuna, compaiono delle roseole più o meno numerose, dapprima appena visibili, in seguito più decise ed evidenti.

Prolungando per 3-5 minuti la stretta del laccio si può ottenere il quadro di una eruzione abbondante là dove in precedenza appariva scarsissima, nel mentre nei punti in cui era piuttosto abbondante essa aumenta di tanto da conferire alla cute l'aspetto di una diffusa marmorizzazione punteggiata qua e là da macchioline di una tinta violacea più o meno carica. Tolto il laccio più o meno rapidamente le cose ritornano allo stato di prima, soltanto le roseole di tinta più carica la conservano più a lungo e magari più non se ne spogliano. Del pari nell'impallidimento generale dell'eruzione si osserva come alcune delle roseole si sieno trasformate in petecchie e mostrino nel loro centro un punticino intensamente colorato in rosso cupo.

Mettiamo una seconda eventualità, quella di un soggetto che ha superata una malattia infettiva, a suo tempo sospettata o magari anche decorsa senza destare sospetto alcuno nei riguardi del tifo esantematico. Restano a giustificazione del sospetto più o meno numerose, magari anche numerosissime macchioline, in qualche punto appena visibili, in altri punti invece bene evidenti, caratterizzate da una lieve tinta bruno-scura, il cosiddetto terzo stadio dell'eruzione del tifo esantematico, nel quale si è di fronte alla trasformazione più o meno inoltrata del pigmento ematico. Si pratica la stasi nella maniera sopra detta. Immancabilmente dopo 1-2 minuti si osserva che alcune delle macchie brunastre si fanno più evidenti e assumono un colorito rosso-scuro, nel mentre in altri punti si verificano dei veri spandimenti di sangue sotto forma di petecchie grosse quanto un grano di miglio e anche di più. Tolto il laccio, le macchie riassumono gradatamente la tinta che avevano prima, rimangono soltanto le petecchie, che vanno poi incontro alle note trasformazioni. In un caso di mia osservazione sono riuscito a riaccendere il quadro dell'esantema petecchiale col mezzo della stasi, in maniera da renderlo ancora sicuramente riconoscibile, dopo quattro settimane dall'infezione superata, ed E. Fränkel ha ottenuto lo stesso risultato ancora dopo otto settimane. È di molto interesse nell'osservazione di questo A. il fatto che la cute escisa in corrispondenza delle roseole ed esaminata istologicamente ha dimostrato ancora dopo otto settimane evidenti quelle alterazioni a carico dei vasi che sono caratteristiche della roseola petecchiale, la qual cosa evidentemente dimostra che la guarigione anatomica

della malattia tarda di molto a paragone di quella clinica.

L'utilità del metodo della stasi a scopo diagnostico nel tifo petecchiale per le cose finora esposte mi sembra fuor di dubbio. Con questo metodo noi riusciamo a esaltare là dove è poco manifesto, e perciò dubbio, e a provocare là dove manca del tutto il segno che della malattia è più caratteristico, voglio dire l'esantema. Esaminato più da vicino il risultato del metodo della stasi, appare evidente che esso non soltanto accentua e per ciò maggiormente precisa, ma anche completa l'esantema nel suo secondo stadio, nello stadio, cioè, in cui esso si presenta come più caratteristico e per ciò anche più facilmente riconoscibile. La stasi provocata favorisce in verità lo stabilirsi nelle roseole di quelle alterazioni vascolari (arterite e periarterite circoscritta, trombosi venosa), che sono causa di stasi locale e della speciale tinta rosso-scura che le roseole stesse per ciò assumono nel secondo stadio, nel mentre rinforza la stasi e con ciò anche la tinta stessa in quelle roseole in cui l'alterazione vasale è di già stabilita. Provoca inoltre la comparsa di quelle roseole pallide prima rimaste invisibili, forse perchè profonde, che Murchinson ha da tempo descritte come quelle che si manifestano soltanto tardivamente nel decorso della malattia, quando l'esantema comincia a farsi rosso-cupo e violaceo; quando comincia, in altre parole, il secondo stadio. È dunque esatto di dire che la stasi provocata esalta e nel tempo stesso completa il secondo stadio dell'esantema petecchiale. Col metodo della stasi noi possiamo inoltre restituire alla roseola del terzo stadio anche inoltrato — la qual cosa vuol dire in casi che sono in piena guarigione clinica — l'aspetto di roseola del secondo stadio, riproducendo le alterazioni vasali che di questo son caratteristiche e favorendo nel tempo stesso lo stabilirsi di stravasi sanguigni (petecchie) in seno alle singole roseole e anche all'infuori di queste.

Il metodo della stasi a scopo diagnostico del tifo petecchiale fu proposto da C. Dietsch e la descrizione che questo A. fornisce dei risultati dell'osservazione sua corrisponde in linea generale alla mia e ne differisce soltanto in qualche particolare. Egli non parla, ad esempio, della formazione di petecchie sotto l'influenza della stasi provocata, che io ho potuto sempre osservare, più pronunciata ancora nei casi in cui il metodo mi servì per la diagnosi postuma di tifo esantematico, in cui gli spandimenti emorragici furono cospicui non poco per numero e dimensione. Del resto, potrebbe anche esser questa una semplice particolarità inerente alla individualità del soggetto in esame. Ed è, d'altra parte, noto come non sempre e non in tutti i casi, e non sempre nella stessa misura, la roseola presenta la tendenza alla sua trasformazione petecchiale, nel mentre in determinati casi c'è una tendenza molto pronunciata alle emorragie cutanee, anche all'infuori della roseola stessa.

L'osservazione mia conferma sotto questo punto di vista quella precedente di Baumgarten, il quale aveva veduto, mentre l'eritema era in piena efflorescenza, sotto l'azione della stasi provocata con arte formarsi numerosissime piccole emorragie cutanee, ma la estende nel tempo stesso perchè il fenomeno fu da me constatato sotto forma di petecchie piccole e anche relativamente grosse, anche a distanza di varie settimane dall'infezione superata, in piena guarigione. Esso decorre dunque di pari passo con quello descritto da Dietsch, di cui più sopra mi sono largamente occupato. Se teniamo poi conto delle risultanze delle ricerche sulla roseola petecchiale segnalate da E. Fränkel e più sopra ricordate, risulta evidente come in queste esso trovi anche appieno la sua interpretazione non soltanto per la produzione sua, ma ancora per la durata. Quanto alla sua importanza diagnostica posso convenire con Rostoski che essa debba esser valutata con qualche prudenza, poichè in varie condizioni morbose, anzitutto in tutte quelle che si svolgono con tendenza alle manifestazioni della diatesi emorragica (io stesso di recente ne ho fatta l'esperienza nella peliosi reumatica, nell'ittero emolitico e anche nell'ittero semplice catarrale), si possono facilmente provocare col metodo della stasi emorragie cutanee; ma non è detto per ciò soltanto che il fenomeno non possa in singoli casi essere utilizzato per la diagnosi di tifo petecchiale una volta che ogni altra diagnosi possa con sicurezza esser esclusa. Nè il compito si presenterà come difficile trattandosi di affezioni tutte senza parentela alcuna sintomatologica col tifo esantematico.

La continuità anche nella convalescenza inoltrata e oltre, vale a dire anche in piena guarigione clinica, di determinate attitudini morbose che il tifo petecchiale conferisce agli organismi, non si rivela soltanto col metodo della stasi. Se si ha l'occasione di sollevare un paziente quando l'eruzione è nel suo pieno, se egli è rimasto un qualche tempo in decubito dorsale, la qual cosa avviene quasi di regola date le gravi condizioni di depressione del sensorio che sono proprie dell'infezione, si osserva in corrispondenza delle scapole sulle quali la pressione del decubito si è fatta maggiormente sentire,

anzitutto un colorito della cute di un rosso vivo molto pronunciato, quasi scarlattinoso, per la stasi vasomotoria, inoltre uno sviluppo della roseola molto più fitto che altrove, più numerose che altrove essendo le roseole a tinta rosso-cupa, violacea, e quelle trasformate in petecchie: un quadro, dunque, in tutto simile, esclusa l'iperemia vasomotoria, a quello che si ottiene con la stasi provocata. Se si ha l'occasione di esaminare nelle identiche condizioni un convalescente anche a distanza di qualche settimana dallo sfebbramento, cioè quando si deve ritenere la guarigione ormai conseguita, si notano nelle regioni stesse, e soltanto in quelle, delle roseole di un rosso-cupo, alcune anche con emorragie centrali, inoltre anche petecchie indipendenti; un quadro, dunque, che rappresenta una zona ancora superstite di roseola rigogliosa per quanto rara e ancora sicuramente riconoscibile. La semplice pressione per decubito è dunque in grado di ottenere anche nella convalescenza inoltrata, e più oltre ancora, il risultato stesso della stasi provocata, naturalmente con una identica importanza diagnostica.

E risultati di uguale valore diagnostico si ottengono anche con altra metodica. Se si striscia con modica pressione con l'unghia del pollice sulla cute dell'addome mentre l'eruzione è in pieno rigoglio, rapidamente si forma un'ampia striscia vasoparalitica sulla quale si notano più o meno fitti dei punticini sporgenti. È il fenomeno vasomotorio e l'orripilatorio che si manifestano contemporaneamente nella maniera più pronta e pronunciata, per dissolversi gradatamente dopo aver durato relativamente a lungo, da 5 a 10 minuti. Nella striscia stessa le roseole accentuano tutte la tinta loro nel mentre alcune si fanno petecchiali. Il fenomeno stesso, per quanto meno vivace, si ottiene sempre anche in piena convalescenza e guarigione, insieme al cosiddetto fenomeno della *gomma da radere*.

Se si striscia col dito sulla cute dell'addome di un convalescente di tifo petecchiale si riesce facilmente a mettere in evidenza la desquamazione in cui la cute stessa è in preda sotto forma di una fine polveraglia che si solleva nel mentre la cute si arrossa leggermente. Il quadro che così si ottiene somiglia alquanto a quello dello striscio della gomma da radere sulla carta, d'onde la denominazione addottata (Brauer). Ora, anche in piena convalescenza e a guarigione conclamata, io ho potuto sempre osservare insieme col fenomeno della gomma da radere anche l'accapponamento della cute e la comparsa di piccole emorragie puntiformi.

Ancora. La tendenza alla gangrena delle estremità nel tifo petecchiale in seguito a infiammazione e obliterazione trombotica di una arteria e quella più frequente, alla gangrena superficiale sulle dita del piede, sulla punta del naso, sui margini delle orecchie, sullo scroto, interpretata, non saprei quanto a ragione, come dovute a uno stato di intorpidimento del circolo, son cose note e anche registrate nei Trattati più recenti. Ciò che per anco non è notato è la facilità con cui i fenomeni stessi possono esser provocati dal decubito, la facilità e la rapidità, in altre parole, con cui si formano i decubiti nel tifo petecchiale, nel mentre determinate pratiche terapeutiche, come l'ipodermoclisi, le iniezioni sottocutanee e intramuscolari, son quasi fatalmente seguite da manifestazioni topiche gangrenose.

Ebbene, anche cotesta particolarità morbosa suole protrarsi a lungo dopo lo sfebbramento, così che una semplice iniezione sotto cute, come pure anche una contusione di piccola importanza, anche a distanza di 3-4 settimane, in piena guarigione clinica, è con grande frequenza seguìta da gangrena.

Le cose che sono andato finora dicendo, raccolte dalla mia personale esperienza, la quale se da un lato ha potuto confermare l'osservazione da altri fatta in precedenza, ha potuto anche estenderla e completarla, sono a mio avviso di non piccolo interesse sia dal punto di vista pratico che scientifico.

Dal punto di vista pratico, perchè da esse risulta la possibilità di istituire il giusto diagnostico con sicurezza quasi assoluta anche in casi ormai in piena guarigione, decorsi inavvertiti, o magari erratamente interpretati. Quanto una tale possibilità possa riuscire utile in determinate circostanze ho potuto io stesso toccare personalmente con mano. Della possibilità e dei vantaggi della diagnosi postuma è fatto cenno anche in qualche Trattato recente (Jochmann, 1914), ma il compito vi è affidato interamente alla debole pigmentazione residua delle roseole e alla desquamazione, sia pure svelata col fenomeno della gomma da radere. Dalle cose prima esposte emanano elementi diagnostici più numerosi, più sicuri e convincenti. I limiti di tempo entro i quali la diagnosi postuma potrà esser consentita saranno meglio precisati in seguito con ricerche più estese, le quali diranno l'influenza che in proposito potrà essere esercitata dalla gravità dell'infezione superata, dalla individualità, ecc.

Dal punto di vista scientifico, perchè esse denunziano, non ostante l'apparente guarigione completa, la permanenza di una speciale morbilità, con tendenza a quelle manifestazioni che

della malattia son più caratteristiche, come se la medesima, sopita soltanto in apparenza, continuasse tuttavia in potenza. Sappiamo dall'esperimento che il sangue dei convalescenti di tifo petecchiale è ancora infettante, il che ci spiega non poche cose; pur tuttavia occorre di avvertire che la clinica dell'infezione petecchiale non conosce la recidiva, nè complicazioni o successioni morbose in convalescenza che possano esser messe in rapporto con cotesta particolare condizione di latenza morbosa. Notevole in ogni modo il fatto, notato da E. Fränkel, dell'attenuarsi della reazione di agglutinazione e della scomparsa della medesima mano mano che vanno attenuandosi e scomparendo i fenomeni provocati con la stasi.

È probabile ed è anche desiderabile che il metodo della stasi possa avere ulteriore applicazione e non soltanto a scopo diagnostico, anche in altre affezioni nella cui sintomatologia domini più o meno la tendenza alle emorragie. Proprio di questi giorni in due casi di peliosi reumatica son riuscito con la stasi a provocare la formazione di emorragie cutanee sotto forma di petecchie più o meno grosse e anche di estese suffusioni sanguigne, ancora rispettivamente dopo 9-12 giorni dalla scomparsa di ogni altro segno morboso locale e generale.

BIBLIOGRAFIA.

E. FRÄNKEL. *M. m. W.*, n. 40, 1917.
C. DIETSCH. *M. m. W.*, n. 36, 1915.
BAUMGARTEN. *M. m. W.*, n. 2, 1916.
ROSTOSKI. *M. m. W.*, n. 11, 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 08 - X CORPO D'ARMATA.

Sulle ferite penetranti del torace

per il dott. prof. VALERIANO SAVIOZZI,
Capitano medico, direttore.

Le osservazioni personali, in num. di 137 (*), comprendono 96 guariti e 41 morti. La prima serie risulta di 28 osservazioni (1915); la seconda di 109 osservazioni fatte nel periodo della offensiva e controffensiva del Trentino.

La diagnosi di ferita penetrante veniva abitualmente stabilita sulla base dei fenomeni obbiettivi rappresentati dall'emotorace, dall'emottisi, dall'enfisema sottocutaneo, dal pneumotorace, dalla dispnea.

Emotorace. — Nella 1ª serie di osservazioni fu rilevato nel 60% dei casi; questa cifra sale al 66.88 % nella seconda serie, raggiunge l'85 % nelle ferite toraco-addominali.

Si associò all'emottisi nel 25.64 %.

Esso raggiunse delle gravità eccezionali e fu più volte causa dell'esito letale dei feriti.

Con esso sono collegate numerose questioni non ancora risolte, che riguardano la causa dell'emotorace e la coagulabilità del sangue nella pleura.

Circa la causa determinante Souligoux scrive che può dipendere da lesione dei vasi della parete o da ferita del polmone: *l'hemotorax par plaies des vaisseaux de la paroi est rare.*

Riporto questa frase dello scrittore francese, perchè dovrò, sulla base delle osservazioni personali, venire a conclusioni diverse.

È stato inoltre scritto che per l'emotorace dipendente da lesione dei vasi della parete toracica, di solito è in giuoco la mammaria interna o qualche suo ramo, mentre l'arteria intercostale è abitualmente protetta dal margine inferiore della costa.

Tanto la prima quanto la seconda affermazione sono errate, come risulta dalle 27 autopsie da me eseguite.

Io non ho mai avuto occasione di rilevare alla necroscopia un emotorace dipendente da lesione dell'arteria mammaria interna, mentre furono numerosissimi i casi dipendenti da lesione di un'arteria intercostale, di gran lunga più frequente di quelli causati da lesione polmonare.

(*) Pubblicate in duplice serie, in due resoconti clinico-statistici diversi.

Nella prima serie di osservazioni riportai 4 autopsie in cui l'emotorace si era formato costantemente per lesione dell'arteria intercostale; nella seconda serie ho visto tanto l'una quanto l'altra possibilità, anzi talvolta nello stesso individuo associate ambedue le cause.

Nelle mie autospie conto 15 casi di emotorace di origine parietale e 8 casi di origine polmonare.

Per questi ultimi si trattava costantemente di ferite a canale di un lobo polmonare (5 del lobo superiore, 2 del lobo inferiore, 1 di un lobo non bene stabilito).

Talora l'emotorace fu dipendente da lesione simultanea dell'arteria intercostale e del polmone, predominando ora l'una ora l'altra lesione nella produzione dell'emotorace stesso.

L'emotorace *bilaterale* fu osservato 5 volte; di solito aveva origine parietale da un lato e polmonare dall'altro; in un solo caso la bilateralità era di origine parietale.

Nella produzione dell'emotorace di origine parietale entra in gioco la frattura della costa soprastante all'arteria intercostale lesa. Avvenendo la frattura costale si comprende facilmente come la invocata protezione dell'arteria, da parte del margine inferiore della costa, non abbia più ragione di essere sostenuta.

Si tratta per lo più di ferite da palletta di shrapnel o da scheggia di granata.

Data la forma del proiettile e la scarsa forza viva che lo anima, esso, colpendo la costa, la spezza non solo, ma per la posizione di essa e per la sua diversa resistenza nel margine superiore ed inferiore, scivola verso lo spazio intercostale sottostante e penetra attraverso di esso nella pleura. La frattura completa della costa o del margine inferiore di essa porta conseguentemente la ferita della arteria intercostale.

La frattura costale fu rilevata all'operazione o all'autopsia 27 volte; la VI costa è quella che tiene il primo posto per frequenza.

Mi sono formato il convincimento che la frequenza della frattura costale sia di gran lunga superiore a quello che si è abitualmente indotti a ritenere. Questa opinione è avvalorata dal fatto che su 16 autopsie di ferite toraco-addominali (II^a serie) la frattura di una o più coste fu notata 12 volte (75 %).

Queste fratture costali sfuggono abitualmente ad un fugace esame clinico.

In casi eccezionali (scheggia di granata piuttosto voluminosa) si è avuta la frattura simultanea di due coste contigue e si comprende facilmente come in questi casi sia stata più facile la lesione dell'arteria intercostale.

Lesa l'arteria intercostale si spiega facilmente come il sangue si versi nella cavità toracica. I fattori che vi contribuiscono sono diversi:

1° l'ubicazione anatomica di essa a contatto del foglietto pleurico parietale;

2° la pressione negativa endotoracica;

3° la funzione respiratoria. Ad ogni forte inspirazione la cassa toracica ed il polmone funzionano come una pompa aspirante sulla detta arteria impedendo la formazione del trombo. Perchè la emorragia si arresti è necessario che la pressione endotoracica venga a superare quella contenuta nell'arteria, il che è poco probabile che avvenga, se dobbiamo trarre delle deduzioni dalle nostre osservazioni.

Questo meccanismo fu ammesso anche per ferite del torace precedenti all'attuale guerra. Polaillon riferì il caso di una donna che aveva ricevuto un colpo di coltello a livello del VI spazio, interessante la pleura, il diaframma, e penetrante nella cavità addominale. Malgrado l'esistenza di lesione di vasi della parete toracica e del polmone, si ebbe la morte per emotorace. Alla autopsia fu trovato che il sangue proveniva dalla vena diaframmatica inferiore ed era stato aspirato nel torace attraverso la ferita del diaframma.

Coagulabilità del sangue dell'emotorace. — Dopo le classiche esperienze di Trousseau-Leblanc nel cavallo e la constatazione che il sangue che fluiva nella pleura, dopo la sezione dell'arteria intercostale, coagulava in parte, il grande Maestro di clinica medica concludeva nelle sue lezioni (vol. I) che il fenomeno doveva verificarsi anche nell'uomo.

Nel 1901 Tuffier-Milian pubblicavano un lavoro sullo studio fisiologico e citologico dell'emotorace e venivano a stabilire che il sangue nella pleura non coagula.

L'osservazione sperimentale di Trousseau era in aperto contrasto con quella clinica fatta dall'eminente chirurgo di Parigi.

Nel 1904 Castenet de Gery raccolse vari casi in cui all'operazione di emotoraci traumatici, furono trovati coaguli di grandezza diversa nel sangue versato nella pleura. Ciò ha offerto argomento a Dieulafoy per combattere, nelle sue Lezioni, il concetto di Tuffier-Milian della incoagulabilità.

Al corrente di queste importanti questioni portai la mia viva attenzione nei casi di emotorace venuti a morte, eseguendo la necroscopia. Nella prima serie di necroscopie (tutte quante per emotorace di origine parietale) non trovai traccie di coaguli nel sangue contenuto nella pleura e dichiaravo... « che se avessi dovuto venire ad una conclusione avrei dovuto

schierarmi a favore di Tuffier-Milian; ma una conclusione di tal genere sarebbe stata troppo assoluta, inquantochè avrebbe implicato la negazione delle osservazioni altrui, ciò che non mi sentivo autorizzato di fare».

Oggi sono ben lieto di quella prudente conclusione e di non essermi fatto trascinare dal diletto della generalizzazione.

Mi sono invece fatto guidare da due massime, una di Murri «.... chi tiene conto soltanto dei fatti veduti da sè stesso, senza prestar fede a quanto videro gli altri, fa della logica spropositata ed ha un orgoglio biasimevolissimo», l'altra di Claude Bernard: «... le rôle de la critique sérieuse et vraiment utile, n'est pas d'opposer des faits à des faits, mais de chercher la raison des divergences apparentes dans les résultats et d'établir par là les conditions exactes des phénomènes».

Nella II[a] serie di osservazioni ho insistito nella investigazione e nel chiedere alla materia morta il perchè della divergenza di opinioni. Dalle numerose nuove necroscopie (23 della II[a] serie) è risultato quanto segue:

Il sangue nella pleura non fu mai trovato coagulato quando l'emotorace era dipendente da lesione dei vasi della parete toracica (arteria intercostale); al contrario furono trovati costantemente coaguli quando l'emotorace era consecutivo ad una ferita polmonare.

Infatti su 11 autopsie di emotorace con ferita polmonare troviamo presenza di coaguli nelle osservazioni VII, IX, LII, LX (ferite torace) e osservazioni VI, IX, X, XVIII (ferite toraco-addominali) del II Resoconto Clinico Statistico.

Nelle osservazioni LXVIII (ferite torace), XIII, XIV (ferite toraco-addominali), nelle quali il fenomeno della coagulazione non si verificò, si deve tener conto del fatto che si trattava o di una ferita polmonare cicatrizzata da lungo tempo, con pochissimi cmc. di sangue nella pleura (Oss. LXVIII) (essendo la morte avvenuta non per la ferita del torace, ma per una sopraggiunta infezione tifosa), o di una ferita limitata al margine polmonare (Oss. XIII), oppure che interessava solamente quella porzione di polmone che penetra nel seno pleurico complementare (Oss. XIV).

Alla necroscopia di questi ultimi due casi fu inoltre stabilito che l'emotorace non dipendeva dalla limitatissima lesione polmonare, ma bensì da rottura di vasi della parete toracica. Eliminati questi tre casi si deve logicamente concludere che il fenomeno della coagulazione fu costantemente positivo nelle ampie ferite a canale del polmone.

Una conferma di questa opinione scaturisce dalla osservazione di alcuni reperti di emotorace bilaterale. Nella osservazione LII (ferite torace) e osservazioni IX, XVIII (ferite toraco-addominali), nelle quali l'emotorace dipendeva da un lato della ferita polmonare e dall'altro da lesione parietale, si notò costantemente la presenza o l'assenza di coagulazione a seconda della origine polmonare o parietale del sangue raccolto nella pleura.

Mi sembra che delle osservazioni anatomopatologiche di tal genere abbiano, nella questione, il valore di altrettanti esperimenti fatti sull'uomo.

Quale interpretazione si deve dare a questo fenomeno ora positivo ed ora negativo?

Le conoscenze fisiologiche vengono invocate per la soluzione di un problema così importante, ma leggendo i grandi trattati di fisiologia si trovano citate numerose teorie sul fenomeno della coagulazione e nulla di sicuro è stabilito.

Aducco scrive.... «nonostante le numerosissime ricerche e la ricchissima messe di fatti che si è raccolta, non siamo ancora in grado di dare una spiegazione chiara, scientificamente indiscutibile, accettata da tutti del processo della coagulazione. L'intimo meccanismo del fenomeno ci sfugge ancora, ne è prevedibile se sia vicino o lontano il momento in cui la coagulazione del sangue perderà tutto ciò che ha ancora di inesplicabile e di oscuro».

Si potrebbe pensare che il diverso modo di comportarsi del sangue di origine parietale rispetto a quello di origine polmonare, dipenda dalla maggiore quantità di ossigeno colla quale viene in contatto il sangue quando vi è ferita polmonare, data la comunicazione che si stabilisce con l'esterno attraverso i bronchi, ciò che non avviene quando vi è solo ferita della parete, per il fatto che le parti molli retraendosi chiudono subito il foro d'ingresso del proiettile, tanto da evitare persino la formazione del pneumotorace.

È più probabile però che l'endotelio della pleura (come forse anche quello del peritoneo) divida con l'endotelio vasale, quando è integro, la proprietà di conservare liquido il sangue. (Dico questo perchè in numerose operazioni sull'addome e necroscopie di individui morti per emoperitoneo ho trovato spesso che il sangue non era coagulato!).

Inoltre le ferite gravi del polmone, interessanti la pleura viscerale, determinano una lesione dell'endotelio più estesa che non le ferite della parete toracica e la maggiore lesione endoteliale può essere la causa per cui il sangue

proveniente dai polmoni coagula nel cavo pleurico.

In alcune autopsie fu inoltre rilevato che i coaguli stavano nella ferita polmonare, lungo il tramite del proiettile, e da esso talora discendevano come una striscia verso le parti più declivi della cavità pleurica, come se il fenomeno della coagulazione avesse avuto là il suo inizio.

È da ritenere che nel fenomeno della coagulazione del sangue di origine polmonare, oltre il fattore della maggiore estensione della lacerazione dell'endotelio, ne intervenga un altro di efficacia maggiore. Esso può essere rappresentato dal contatto diretto con una larga superficie di tessuto, contatto che si verifica dopo ogni ferita, ma che è grandemente più esteso ed intimo nella ferita a canale del polmone (1).

Si sa che il contatto diretto cogli elementi dei tessuti cruentati fomenta la coagulazione in alto grado e si ritiene che ciò dipenda dal fatto che i tessuti dànno una notevole quantità di trombocinasi, per cui il trombogeno del sangue viene trasformato più presto ed in maggior copia in trombina, la quale, in presenza di calciojoni, produce la coagulazione.

Altre importanti osservazioni furono fatte sul sangue pleurico estratto con la toracentesi, nei casi in cui questa operazione fu giudicata necessaria per spostamento dell'aia cardiaca.

Ho avuto l'opportunità di conservare il sangue di cinque individui per oltre un semestre e di esaminarne i caratteri organolettici a distanza variabile di tempo. Il sangue fu conservato in comuni bottiglie di vetro scuro, tappate con sughero, che sono state tenute depositate in un magazzino dell'ospedaletto. Gli esami ripetutamente fatti, travasando il sangue, hanno dimostrato che il fenomeno della coagulazione non è mai avvenuto.

Nelle bottiglie si è sviluppato del gas da putrefazione, tantochè i tappi, al solo toccarli venivano lanciati dallo stato di tensione del gas. Il sangue ha assunto di solito un colore nerastro, paragonabile al vino di visciole; talvolta si notò un deposito pulverulento ma non mai veri coaguli. Oss. VII, VIII, X (ferite torace), Oss. VI, VII (ferite toraco-addominali).

Lo stesso reperto negativo si è avuto nella osservazione VI, nella quale alla necroscopia erano stati trovati coaguli nel sangue pleurico.

(1) Sento il dovere di ringraziare il mio Maestro di fisiologia prof. V. Aducco, il quale con la sua solita cortesia mi ha dato preziosi suggerimenti sulla interpretazione dei fenomeni da me osservati, riconoscendoli inoltre degni della più alta considerazione.

Ciò dovrebbe significare che questa facoltà di coagulare del sangue nella pleura si arresta per un quid, che a noi sfugge, anche quando la coagulazione si era iniziata per la lesione del polmone.

Nella letteratura si trova che queste osservazioni nel sangue estratto dalla pleura erano state fatte da Dieulafoy, Secquepée, Milian, Gaultier-Francais, conservando il sangue per due mesi; nei casi dei primi due Autori la coagulazione non avvenne, mentre si manifestò tardivamente nelle osservazioni di Milian e di Gaultier-Francais. Io ho voluto prolungare lo esame fino ad oltre un semestre e la coagulazione non è mai avvenuta.

Mi duole di non aver potuto praticare degli esami più fini essendo sprovvisto di microscopio. Gli studi citologici precedentemente fatti da Tuffier-Milian, Gaultier-Francais, Sacquepée, Dieulafoy, Burnet, ecc., hanno condotto a concordi risultati, che nel sangue dell'emotorace non avvengono fenomeni emolitici.

I corpuscoli rossi ed i leucociti conservano la loro vitalità, come si può dedurre dalla conservazione della loro forma e dal comportamento coi vari reagenti.

I globuli rossi verrebbero riassorbiti con una certa celerità, la quale pure è stata studiata.

In un caso di Dieulafoy, nel quale si fecero varie punture esplorative allo scopo di studiare le modificazioni del liquido, si notò che in un periodo di venti giorni la quantità di globuli rossi era discesa da 2,100,000 a 35,000, mentre erano aumentati i leucociti da 4000 a 6200. In un caso di Tuffier-Milian i globuli rossi dell'emotorace discesero in sedici giorni da 390,000 a 22,500.

Stabilito che questa progressiva e rapida diminuzione delle emazie avviene per riassorbimento e non per emolisi, Sacquepée ha spiegato il fenomeno ammettendo che i polinucleari e i mononucleari inglobino i corpuscoli rossi e li distruggono, ed aggiunge, che anche le cellule endoteliali della pleura, per un'azione digestiva intraprotoplasmatica, cooperino alla detta distruzione.

È da rimarcarsi il fatto osservato da Dieulafoy che i corpuscoli bianchi aumentano man mano che i corpuscoli rossi scompaiono, fino ad elevarsi il loro numero da 4000 a 8500.

Febbre nell'emotorace. — La temperatura fu quasi sempre febbrile, spesso superò il 39° quando il versamento ematico era abbondantissimo e si mantenne talora per molti giorni, indipendentemente da complicazioni infettive.

La elevazione febbrile fu talvolta notata nella

prima e nella seconda giornata e ciò è contro l'opinione di Souligoux il quale scrive: «... la fièvre ne survient guère que dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accident. Je n'ai pas trouvé un seul cas où la fièvre fut notée dans les premiers moments de l'épanchement sanguin» e non è affatto vero che «les faites signalés de fièvre aseptique sont exceptionnelles».

La toracentesi fu eseguita 11 volte e ad essa si ricorse sempre tardivamente, in genere dopo l'ottavo giorno, per evitare nuove emorragie. Le indicazioni per eseguirla furono trovate nel copioso emotorace con spostamento dell'area cardiaca.

Il liquido estratto, in obbedienza al precetto di Dieulafoy, non fu mai superiore ai 500 cmc. I risultati furono poco soddisfacenti perchè sei volte si ebbe egualmente la morte. In un caso si ebbe una nuova emorragia endopleurica nonostante che la toracentesi fosse stata eseguita in nona giornata. Agli esiti sfavorevoli contribuirono, complicazioni del decorso successivo, e cioè 4 volte la pericardite e 2 volte l'empiema, nonostante che per quest'ultimo si fosse provveduto colla toracotomia.

Emottisi. — Fu osservata 31 volte su 106 casi completamente studiati (29.24 %). Ventiquattro volte si associò all'emotorace, 8 volte vi fu emottisi senza contemporaneo versamento ematico nella pleura.

La durata della emottisi fu di solito dai 3 ai 6 giorni; in un solo caso cessò nella prima giornata; il massimo della durata è stato di 15 giorni (Oss. LXXXIX del II resoconto).

Sembrerebbe a prima vista, logicamente, che nelle ferite polmonari questo fenomeno dovesse essere costante.

Ciò non è, e su questo fatto già Castenet de Gery aveva richiamato l'attenzione quando raccolse nella letteratura 44 osservazioni di emotorace e trovò l'emottisi solamente in otto o dieci.

L'*enfisema sottocutaneo* fu notato 5 volte nella prima serie di osservazioni e 14 volte nella seconda serie (17.95 %). È questo un sintomo che permette subito al chirurgo di affermare che la ferita è non solo penetrante, ma che con grande probabilità interessa il tessuto polmonare. L'aria del polmone viene ad occupare la cavità pleurica e da quest'ultima, sotto l'influenza dei movimenti respiratori, e sopratutto della tosse, si infiltra nel tessuto sottocutaneo passando attraverso la lesione della pleura parietale.

Questo fenomeno può essere *localizzato o generalizzato.*

La forma localizzata fu osservata 18 volte ed una volta la forma generalizzata.

Quest'ultima forma fu clinicamente molto interessante: un bersagliere fu colpito da una palletta di shrapnel al braccio sinistro; il proiettile, continuando il suo corso, attraversò il polmone sinistro, fratturando la quarta costa, ed esaurita la forza viva, si fermò sotto la cute del torace destro sulla linea paravertebrale.

All'esame obbiettivo si notava un aspetto veramente mostruoso dell'individuo. Le palpebre erano tumefatte al punto che la rima palpebrale era ridotta ad una linea e l'infermo era costretto, per vedere gli oggetti, a divaricare le palpebre con le mani. Nel tronco ogni depressione era scomparsa ed aveva assunto un aspetto cilindrico; lo scroto di volume enorme; gli arti non erano deformati. Alla palpazione si avvertiva il caratteristico crepitio niveo dell'aria raccolta sotto la cute.

Il ferito dichiarava che l'enfisema si produsse in modo fulmineo nel momento in cui fu ferito. Dieci giorni dopo l'aria era tutta quanta riassorbita.

Nei casi di enfisema localizzato scomparve sempre nella prima settimana, spessissimo nei primi tre o quattro giorni.

Colla produzione dell'enfisema sottocutaneo è collegata la questione se esso sia sempre un fenomeno dipendente da lesione polmonare.

La tendenza oggi è a risolvere il problema nel senso che esso può prodursi anche per una ferita non interessante il tessuto polmonare, anzi dobbiamo aggiungere che Goffres, sperimentando sul cavallo, venne alla conclusione che enfisema si può produrre anche con ferite non penetranti.

Nelle mie osservazioni, nelle quali detto sintomo era presente, fu constatata sempre la penetrazione della ferita.

In 4 casi visti all'autopsia fu trovata sempre la ferita del polmone.

Quello che si può con sicurezza affermare è che l'enfisema può prodursi colla semplice lesione della parete pleurica se si ha pneumotorace.

Un esempio dimostrativo l'abbiamo nella Osservazione XIII della I serie: ferita al IX spazio con frattura di costa, emotorace iniziale, non traccia di enfisema sottocutaneo.

Incisione e legatura dell'arteria intercostale. Durante l'operazione si forma un pneumotorace e subito dopo un enfisema sottocutaneo, che non esisteva prima dell'operazione, e che si formò sotto i colpi di tosse.

Questa osservazione può considerarsi come un esperimento fatto sull'uomo.

Il *pneumotorace* è una eventualità rara.

Complicazioni suppurative. — L'empiema fu osservato tre volte nella prima serie e sei volte nella seconda serie. Fu provveduto colla toracotomia. In sette casi si ebbe la guarigione, in due l'esito letale (setticemia bronchite diffusa del polmone dell'altro lato).

In un caso si ebbe un ascesso polmonare che fu operato con successo; in un altro un ascesso del mediastino posteriore che fu riconosciuto all'autopsia.

La suppurazione per lo più si annunzia con nuove elevazioni della temperatura e con aggravamento delle condizioni generali. Dieulafoy raccomanda di praticare la cultura del liquido pleurico per sorprendere il momento in cui si inizia la trasformazione purulenta; negli ospedaletti da campo ci faremo guidare dall'aspetto macroscopico del liquido.

Ferita del pericardio fu notata tre volte: in tutti i tre casi si sviluppò un processo di pericardite fibrinosa che influì considerevolmente sull'esito finale.

Terapia. — Il trattamento delle ferite penetranti del torace può essere così sintetizzato:

a) riposo assoluto, morfina, iniezioni eccitanti, vescica di ghiaccio, alimentazione liquida;

b) la toracentesi costituisce un'arma a doppio taglio. Essa è pericolosa nella prima settimana perchè espone al pericolo di nuove emorragie, e, sotto questo punto di vista, non si è molto tranquilli nemmeno nella seconda settimana. Quando si è costretti ad eseguirla è bene uniformarci al precetto di Dieulafoy di non estrarre oltre 500 cmc. per volta;

c) giudico necessario, in base ai reperti delle necroscopie, eseguire l'allacciatura dell'arteria intercostale lesa, quando si ritiene che l'emotorace sia di origine parietale. La legatura del vaso sanguinante può essere fatta a monte della ferita con una piccola incisione e sotto anestesia locale;

d) fino dalle prime autopsie pensai di sperimentare il metodo Forlanini, ma non essendo in possesso dello strumento dovetti rinunciare all'idea. Oggi leggo che il Morelli, aiuto del Forlanini, ha ottenuto ottimi risultati aspirando il liquido ematico dalla pleura e sostituendolo con aria filtrata (Pneumotorace artificiale) in quantità sufficiente da schiacciare il polmone ed impedire che esso sanguini ulteriormente. Il Morelli non parla, nel suo recentissimo lavoro, dell'emotorace di origine parietale, ma le mie numerose autopsie mi inducono a ritenere che il metodo dovrà pienamente corrispondere anche quando l'emotorace è dovuto alla lesione dell'arteria intercostale, perchè sopprimendo la pressione negativa endotoracica, si viene ad eliminare il fattore più importante delle emorragie lentamente progressive, e cioè l'azione di pompa del polmone sull'arteria stessa che impedisce la formazione del trombo (vedi 1° Resoconto Clinico-Statistico, 1916);

e) praticare la Toracotomia e la Pneumotomia non appena si formi l'empiema o l'ascesso polmonare.

Zona delle operazioni di guerra, febbr. 1917.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla frequenza del paratifo e sulla molteplicità dei tipi batterici, che lo producono.

(GALEOTTI, *La Riforma medica*, XXII).

In questi ultimi tempi si è costatato che il numero delle infezioni, clinicamente diagnosticate come tifo e cagionate invece da bacilli paratifici, è assai più grande di quanto prima si credeva. Assai poco si conosce della distribuzione geografica delle infezioni paratifiche; sembra tuttavia che esse siano tanto più frequenti quanto più ci avviciniamo alle zone tropicali. Bernard e Paras, in Francia, su 305 casi studiati con la emocultura trovarono 167 paratifi e 34 tifi. Nel Giappone la diffusione del paratifo è assai grande. In qualche regione dell'America il 50 % delle febbri tifoidi sono dovute a paratifi. Il paratifo A è in generale assai meno frequente del paratifo B: fu però frequentissimo nelle truppe alleate, che occuparono la penisola di Gallipoli e nei Balcani.

Studi fatti in rapporto alla guerra attuale fanno ritenere che le anormali condizioni di vita e di alimentazione dei soldati favoriscano più la diffusione del paratifo che del tifo. Secondo osservazioni di Landouzy, la proporzione tra i paratifosi ed i tifosi sarebbe di 7 ad 1 e Rimbard su 656 emoculture ne trovò 164 di tifo, 121 di paratifo A e 54 di paratifo B.

L'Autore estese le sue personali ricerche a 459 casi, che furono esaminati con la prova della agglutinazione, con l'emocultura e con gli isolamenti dalle feci. I risultati furono i seguenti: di 459 malati, clinicamente diagnosticati come tifo, 77 (16,8 %) ebbero negativa la prova della agglutinazione; in 19 il giudizio fu incerto, essendosi ottenuta agglutinazione di gruppo. Degli altri 362 casi 184 (50,8 %) erano di tifo, 128 (35,4 %) di paratifo B, 29 (8 %) di paratifo A, 21 (5,8 %) di paratifi anormali.

Dalle ricerche di altri, e raccolte dall'A., di 1041 casi, di cui 136 (13,1 %) negativi, 504 risultarono di tifo, 337 di paratifo B, 30 di paratifo A, 34 di paratifi indeterminati.

Dall'insieme si può quindi concludere che per 100 casi clinicamente diagnosticati come infezioni tifoidi, 54 erano di tifo, 46 di paratifi. È adunque notevole la frequenza del paratifo fra i nostri soldati, e quella del paratifo B è molto maggiore.

Tanto nelle ricerche dell'A. quanto in quelle di altri si ebbero dalle emoculture e da isolamenti dalle feci stipiti di paratifi, che, somiglianti per caratteri morfologici e culturali ai paratifi A e B, ne differivano per il loro comportamento verso gli idrati di carbonio e per le loro proprietà di agglutinazione; sono questi i paratifi anormali, che raggiunsero il 16,8 % nelle ricerche del Galeotti.

È noto come le speci batteriche del gruppo coli-paratifo presentano molte varietà e vanno anche facilmente soggette a variazioni per cambiamenti eventuali di ambiente. A parte però il tipo *bacterium coli*, di paratifi sono conosciute, oltre la specie A e B, queste varietà:

a) il bacillo paratifico C, patogeno del pari per l'uomo e per gli animali;

b) i paratifi con reazione positiva per l'indolo;

c) i paratifi con comportamento anomalo verso certi zuccheri;

d) i bacilli isolati da Castellani (*b. asiaticus I e II, b. columbense, b. kegulensis*).

Queste sono le principali distinzioni delle varietà dei bacilli paratifici, i cui caratteri differenziali più importanti consistono nelle proprietà di fermentare diversi idrati di carbonio, e nelle reazioni immunitarie. Poco però ancora si sa se questi caratteri costituiscano proprietà fisse e stabili, oppure siano mutevoli, a seconda delle condizioni di vita.

Le condizioni di vita dei soldati al campo contribuiscono certamente a far variare la flora intestinale dei soldati, sia per i continui contatti fra uomini, provenienti dalle diverse parti d'Italia e portatori quindi dei germi più vari, sia per le condizioni di vita disagiata, per la poca pulizia e per la facilità delle contaminazioni dei cibi e delle acque, sia per la nutrizione prevalentemente carnea. Quindi è fra le truppe combattenti che è facile isolare queste varietà anormali di paratifi.

Inoltre i suddetti germi producono malattie, le quali di poco si discostano dal tifo addominale, mentre le reazioni immunitarie sono diverse.

L'immunità di un tipo non vale a proteggere contro un altro, anche molto vicino; ciò serve a spiegarci alcuni fatti oscuri della epidemiologia del tifo: la non rara ripetizione nello stesso individuo in tempi vicini di malattie tifoidi, la mancanza di siero-reazioni positive quando si usino i paratifi A e B, il parziale insuccesso delle vaccinazioni, non solo col semplice vaccino antitifico, ma anche con vaccini contenenti i due bacilli paratifici A e B.

Furono studiati 13 tipi differenti di bacilli, distinti dai tipi A e B, ed altri ancora sono in corso di studio.

Devesi adunque risolvere la quistione se e come si debba mutare la costituzione dei vaccini, in modo da renderli atti a proteggere contro tutte le infezioni di tipo tifoideo.

P. C.

Sul comportamento del bilinogeno nelle infezioni tifoidi e paratifoidi.

Contributo allo studio della bilinogenesi.

(A. GASBARRINI. *Folia Medica*, 1917, nn. 24-29).

L'A. dopo aver riassunto lo stato attuale della questione urobilinica e dimostrato che la teoria epato-intestinale, fra le teorie ammesse sulla genesi dell'urobilinuria, è la più accettabile, come si desume dalle osservazioni sperimentali e cliniche, mette in rilievo il valore clinico delle iper ed ipobilinie.

L'eliminazione del bilinogeno — come si sa — è influenzata dalla dieta, dalla flora intestinale, dalle condizioni motrici dell'intestino. Così, a parità dei diversi elementi che regolano il versarsi della bilirubina nel tubo enterico, può la dieta lattea far diminuire il bilinogeno nelle feci e nelle urine; in questi casi l'azione della dieta lattea consiste essenzialmente nel modificare l'ambiente microbico intestinale, per cui i processi di ossidazione vengono ridotti al pari del processo putrefattivo. (Riva, Zoja, ecc.). Quanto alla flora dell'intestino è ormai da tutti riconosciuto quanta importanza si debba ad essa assegnare nella produzione del bilinogeno: se i batterî mancano non vi può essere bilinogeno nelle feci, nè nelle urine. Prova ne sia il neonato. Anche la specie dei batterî influisce sulla formazione del bilinogeno (Steensma), sia aumentando i processi di decomposizione nell'intestino (Gehrardt, Bargellini), sia a seconda del loro potere di intaccare con maggiore facilità una bile di natura speciale (Riva). Un netto rapporto esiste pure fra la quantità del bilinogeno e le condizioni motrici del tubo digerente: i batterî intestinali per compiere la trasformazione della bile in bilinogeno debbono agire per un certo tempo sulla bilirubina, altrimenti il

pigmento biliare sarà espulso inalterato e verrà per conseguenza a mancare anche il bilinogeno; è quello che si verifica in seguito a somministrazione di purganti o in casi di diarrea profusa (*ipobilinia diarroica*). Se quest'ultima è modica il bilinogeno può trovarsi semplicemente diminuito. Ciò vale per i casi in cui sia per nulla alterata la funzione epatica e si abbia una normale produzione di bilirubina e quindi una normale distruzione di Hb. In condizioni patologiche (così, ad es., in alcuni processi emolitici) si comprende come l'aumento di bilinogeno possa essere in parte mascherato da un'attiva peristalsi intestinale. Un'azione del tutto opposta a quella esercitata dalle profuse diarree ha la stitichezza: in tali condizioni lo stercobilinogeno è in quantità superiore alla media normale (*iperbilinia da stitichezza*).

La determinazione del bilinogeno fecale ed urinario rappresenta una preziosa ricerca di laboratorio, tanto che oggi si sente il bisogno, per valutarne con esattezza il comportamento e trarne utili deduzioni pratiche, di esaminare in alcune forme morbose ripetutamente le urine e le feci e tradurre in curve i valori ottenuti.

L'urobilinuria è stata ben studiata nelle malattie che decorrono con forte distruzione dei globuli rossi, legata ad elementi parassitari, a cause tossiche o tossi-infettive. È nota l'influenza della distruzione delle emazie sulla produzione del bilinogeno: in condizioni patologiche il suo aumento (iperbilinia) indica in genere una maggiore produzione di bilirubina e perciò una maggiore distruzione di Hb; in tal modo si può dal bilinogeno fecale ed urinario trarre un criterio per giudicare dell'equilibrio emoglobinico del nostro organismo, a patto però che si tengano presenti le variazioni dell'Hb. Ben a ragione Zoja richiamò anche recentemente la attenzione sul valore teorico ed eminentemente pratico della determinazione del bilinogeno nelle anemie. Nella malaria, nell'emoglobinuria parossistica, malarica, chininica, da favismo, in ogni caso insomma di anemia da emolisi, in cui esiste aumento di bilinogeno, il reperto fecale ed urinario di questa sostanza rappresenta indubbiamente un sicuro criterio per precisare non soltanto l'esagerata emolisi, ma per seguire anche la fase del processo emolitico. Si comprende tuttavia come in questi casi abbiano valore le particolari condizioni secondo cui la bile viene escreta, la pleiocromia biliare e la produzione di una bile in cui la bilirubina sia facilmente trasformabile in bilinogeno. Zoja ritiene che nella grande maggioranza dei casi la influenza della qualità della bile abbia un'importanza di gran lunga inferiore alla quantità di Hb distrutta e di bilirubina formatasi e che le modificazioni di qualità della bile hanno forse maggiore importanza nel senso contrario, cioè quando avendosi formazione di biliverdina dalla bilirubina, diminuisce la quantità del bilinogeno, che competerebbe alla quantità di Hb. che si è distrutta.

Nell'anemia perniciosa progressiva si può avere anche ipo o abilinia, come grave segno di aplasia degli organi emopoietici (Ceconi, Sisto). Si ha urobilinuria per azione di veleni emolitici (ad es. in avvelenamenti da cloroformio, da piombo, da fosforo, ecc.). In quest'ultimo caso, quando la cellula epatica è così alterata da non produrre più bile, si ha invece ipo od anche abilinia, quale segno delle grave lesione epatica (Riva, Zoja).

È ormai ben accertato il valore che ha la determinazione del bilinogeno nello stabilire il grado di occlusione delle vie biliari, nella diagnosi fra itterizia da occlusione di esse ed itterizia pleiocromica (Riva, Zoja). Quando esiste occlusione del coledoco per calcoli, per neoplasie, per flogosi catarrale o per altra causa, si ha ipobilinia intestinale, a cui segue ipo od abilinia urinaria. Il grado della ipobilinia è in diretto rapporto col grado dell'occlusione. In tutti questi casi l'itterizia si differenzia da quella dovuta a pleiocromia biliare, che si accompagna invece ad iperbilinia.

Molti processi infettivi decorrono con aumento del bilinogeno fecale ed urinario (reumatismo articolare acuto, polmonite, scarlattina, ecc.). Per il tifo addominale le scarse ricerche che possediamo in proposito non consentono di trarre conclusioni sicure, relative soprattutto allo stadio del male in cui suole osservarsi iperbilinia ed alle cause che la determinano. Così, per es., mentre alcuni AA. hanno trovato urobilinuria quando la curva termica cominciava ad abbassarsi, e si manteneva a lungo durante la convalescenza (Rubin, Abelmann, M. Betz, Hildebrandt), altri invece la constatavano soltanto nel colmo dell'infezione (Carletti).

L'argomento è stato ripreso dall'A., il quale in numerosi casi di ileo-tifo ed alcuni casi di paratifo A e B ha sistematicamente e per tutta la durata della malattia studiato il comportamento del bilinogeno fecale ed urinario. Per la determinazione quantitativa di esso l'A. si è valso del metodo Riva-Zoja e di quello di Hausmann. I valori venivano stabiliti sempre sulla centesima parte della quantità di urine e di feci delle 24 h, esattamente raccolte.

L'A. è giunto alle seguenti conclusioni:

1° nell'infezione tifica e paratifica può ve-

rificarsi iperbilinia sia intestinale che urinaria, più o meno intensa a seconda dei casi. Così nel paratifo e nei casi miti di ileo-tifo essa è ordinariamente lieve e talora può anche mancare;

2° la maggiore eliminazione di bilinogeno coincide col periodo di stato della malattia;

3° un rapporto fra quantità di urobilina e stercobilina appare assai evidente nei casi in cui siano normali la funzionalità del fegato, la funzione motrice dell'intestino, l'assorbimento e l'eliminazione della bilina arrivata nel tubo intestinale. Quando si abbia diarrea o l'assorbimento e l'eliminazione del bilinogeno non avvengano regolarmente, non esiste il parallelismo nelle proporzioni normali, però esiste sempre un certo rapporto.

L'iperbilinia tifica sarebbe, secondo l'A., legata all'eccessiva distruzione globulare e conseguentemente alla maggiore quantità di bilirubina versata nell'intestino: si tratterebbe in altri termini di iperbilinia intestinale da pleiocròmia biliare per un processo emolitico; da ciò la iperbilinia urinaria. Ricorderebbe adunque quando si verifica nella malaria, nella polmonite ed in altre affezioni decorrenti con processi di eccessiva emolisi. La iperbilinia delle infezioni tifoidi può adunque fornirci in molti casi un criterio del grado di distruzione globulare, a parità naturalmente delle altre condizioni che hanno stretto rapporto con la bilinogenesi, e permetterci di seguire le fasi del processo emolitico, inerente alla malattia. Per quanto la curva bilinica in alcuni casi di ileotifo e paratifo presenti un andamento tipico, l'A. non crede possa servire a scopo diagnostico, date le frequenti modificazioni, a cui è soggetta.

Il comportamento del bilinogeno fecale ed urinario nella febbre tifoide e paratifoide trova una facile interpretazione nella teoria epato-intestinale della bilinogenesi.

S. A.

NEUROLOGIA.

Contributo allo studio dell'emiplegia omolaterale.

(.. BONOLA. *Bullettino delle scienze mediche*).

Molti autori hanno segnalato casi di emiplegie omolaterali alle lesioni encefaliche e si studiarono di darne una interpretazione razionale. Alcuni giunsero alla conclusione che emiplegie omolaterali, sebbene molto rare, esistono indubbiamente e che il loro determinismo, tranne il caso di anomalie anatomiche nell'incrocio delle piramidi bulbari, è dei più oscuri. L'emiplegia omolaterale vera trova la sua spiegazione in un'anomalia dell'incrocio delle fibre piramidali a livello delle piramidi bulbari.

La divione delle fibre piramidali nei vari fasci è soggetta a variazioni individuali. Si ha un primo tipo, nel quale, nel 75 % dei casi, la decussazione delle piramidi è simmetrica e cioè il 4 % delle fibre di ciascun lato scende a formare ilfascio di Türck, mentre il 96 % si incrocia con uguale contingente proveniente dalla piramide del lato opposto.

A volte succede il fatto inverso, e cioè il maggior numero delle fibre discendono direttamente nel midollo spinale.

Nel secondo tipo (l'11 % dei casi) la decussazione delle piramidi è completa e manca del tutto il fascio piramidale diretto. Nel 4 % dei casi l'incrocio è asimmetrico per cui, mentre una piramide si incrocia totalmente, parte dell'altra si incrocia e parte prosegue direttamente. Nel 4° ed ultimo tipo le piramidi non si incrociano affatto: però a volte i fasci piramidali, pur non incrociandosi a livello delle piramidi, possono incrociarsi a diverse altezze nel midollo.

Il mancato incrocio delle vie piramidali può dunque spiegare le emiplegie omolaterali senza segni nell'altro lato: esistono però autopsie di casi clinicamente simili con incrocio normale delle piramidi. Nei casi di tumori, ascessi, ematomi voluminosi, traumi diretti gravi, l'ipotesi delle lesioni per contraccolpo dell'emisfero controlaterale è ammissibile, se non sempre facilmente spiegabile. Le ipotesi per spiegare il fenomeno indipendentemente dal mancato incrocio delle piramidi sono numerose: compressione dell'emisfero opposto al malato, idropisia ventricolare dell'emisfero non portante la lesione, disturbi circolatori dell'emisfero sono dipendenti da edema, azione irritante esercitate dall'emisfero leso sull'altro, azioni a distanza sul mesencefalo e sul rombencefalo, predominanza dell'azione del cervello su i muscoli omolaterali, fenomeni di inibizione a distanza. Secondo l'A. l'idrocefalo dell'emisfero controlaterale a quello che porta il tumore non è sufficiente a spiegare da solo l'emiplegie omolaterali. Per quanto si riferisce al cervelletto nel determinare tali emiplegie sono possibili due ipotesi: o la massa cerebellare comprime direttamente il fascio piramidale lungo il bulbo dopo l'incrocio delle piramidi, od i disturbi motori sono dovuti a lesioni dirette del cervelletto, lesioni che si rivelano clinicamente con sintomi omolaterali; ma questi, piuttosto che essere sotto forma di fenomeni paretici a tipo

cerebrale, si manifestano come fatti di emiipotonia, emiatassia, emiasinergia.

La patogenesi più comune delle emiplegie omolaterali è rappresentata dalla pachimeningite emorragica, dai neoplasmi intracranici, dalle emorragie traumatiche della dura madre e dalle lesioni delle ossa del cranio per traumi diretti. In quest'ultimo caso entra in giuoco l'azione per contraccolpo, la quale si verifica tanto più facilmente quanto più violenti e di azione rapida furono i traumatismi, che colpiscono il capo, in ispecie in corrispondenza della regione frontale ed occipitale. Nella guerra attuale, in cui le lesioni del cranio sono frequentissime, le sindromi omolaterali da lesioni per contraccolpo sono state osservate assai spesso.

L'esperimento fornisce pochi dati sulla possibilità di un'azione diretta di un emisfero cerebrale su i muscoli omolaterali del corpo. Brown-Séquard praticò in alcuni cani la cauterizzazione di un emisfero, ottenendo alternative di paralisi e di contratture specialmente nel lato corrispondente alla lesione. Bochefontaine e Duret dimostrarono che l'eccitamento meccanico della dura madre encefalica, eseguito con stimoli deboli, determina delle contrazioni dei muscoli del lato corrispondente del corpo; con stimoli più intensi, dei movimenti delle membra sempre omolaterali e finalmente, con stimoli ancor più forti, movimenti diffusi a tutti e quattro gli arti.

L'A. non è riuscito, dallo studio dei caratteri clinici di queste emiplegie, a rilevare alcun quadro d'insieme, od alcun sintoma speciale per poter differenziare il quadro dell'emiplegia omolaterale da quello dell'ordinaria emiplegia controlaterale.

D'altra parte non esistono segni clinici di valore assoluto, o quasi, che permettano di localizzare una lesione intracranica all'infuori dei comuni segni di lesione corticale.

Se mancano però segni capaci di farci clinicamente differenziare una forma omolaterale da una controlaterale di emiplegia, possediamo nelle alterazioni della sensibilità un segno, che ci permette di distinguere fra due paralisi omolaterali quella dovuta ad un'anomalia dell'incrocio delle piramidi da quella dovuta a contraccolpo, o ad altra azione dell'emisfero leso sull'emisfero controlaterale. Per l'incrocio delle vie della sensibilità profonda e di parte di quelle della sensibilità tattile superficiali si comprende la mancanza dei disturbi sensitivi nel lato paralizzato nei casi di emiplegia omolaterale da mancato incrocio delle piramidi bulbari e si comprende altresì come questo fatto possa servire a differenziare fra due emiplegie omolaterali quella dovuta a fenomeni da contraccolpo da quella dovuta a mancato incrocio delle vie piramidali.

Se difatti le vie piramidali non si incrociano, i disturbi motori non possono riscontrarsi dallo stesso lato dei disturbi delle sensibilità superficiali.

P. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Associazione medico-chirurgica di Palermo.

Adunanza del 12 *gennaio* 1918.

Presiede il Presidente Prof. LIBORIO GIUFFRÈ.

Esame della capacità funzionale del cuore (con speciale riguardo al caso delle nevrosi dei militari).

Prof. L. GIUFFRÈ. — Espone le esperienze dei fisiologi sulle misure del lavoro e della forza (di elasticità) dei muscoli, e gli studi di ergografia; accenna i calcoli per valutare in chilogrammetri il lavoro del cuore e analizza le difficoltà che s'incontrano, quando si voglia con tutta esattezza precisare nell'uomo i dati relativi al coefficiente circolatorio dei ventricoli ed alla pressione del sangue, che, nell'espressione in chilogrammetrici, corrispondono al peso ed all'altezza. Esamina la fenomenologia dello sforzo del cuore, e fa rilevare che non è sufficiente attenersi semplicemente ai dati che possono riferirsi ai due fattori testè accennati, ma bisogna tener conto del carico di velocità, nonchè delle variazioni di volume del cuore, dello stato dei vasi e dell'equilibrio cardiovascolare, delle alterazioni del respiro ed eventualmente di altre funzioni ancora: secrezione del sudore, dell'urina, ecc. Ritiene che per ben comprendere i fenomeni dello «sforzo del cuore» bisogna distinguerli, come egli ha proposto, in tre stadii: 1° dello sforzo semplice del cuore; 2° dello sforzo ed incipiente stanchezza; 3° della fatica vera del cuore. Con tale distinzione si rende più agevole il giudizio sulla capacità funzionale del cuore. Ma è necessario raccogliere ancora un maggior numero di dati statistici, perchè possa raggiungersi l'esattezza desiderabile.

Nella pratica quotidiana e specialmente nell'osservazione delle reclute e dei militari in genere, si rende impossibile praticare in modo completo l'esame della capacità funzionale del cuore, perchè occorrono molti apparecchi e strumenti (sfigmomanometri, sfigmografi, cardiografi ed anche l'ortodiografo, l'elettrocardiografo, ecc.), come pure un tempo non breve. Perciò sono stati proposti metodi più semplici e pratici, nei quali non si tiene conto di tutti quei fenomeni, ma soltanto di alcuni, e principalmente della frequenza e ritmo dell'azione del cuore, dei cambiamenti della pressione, della frequenza del respiro, del tempo che occorre perchè scompariscano i feno-

meni che indicano lo sforzo del cuore. Data questa condizione, ed in mancanza di dati statistici comparativi sufficientemente numerosi, mal può giudicarsi a quali di essi bisogna dare la preferenza. Però si tratti dell'uno o dell'altro, l'importante è che il medico sia sufficientemente edotto degli odierni progressi della tecnica cardiologica ed abbia acquistata con solida educazione clinica una matura esperienza personale.

All'uopo basterà fare eseguire al soggetto in esame dei passi affrettati, oppure movimenti di estensione e di flessione, e raccogliere, dopo tali esercizi, i dati relativi alla percussione ed all'ascoltazione del cuore, alla frequenza del polso e del respiro, al tempo che occorre (4-5 minuti) perchè, dopo la prova, tutto torni allo stato di prima. Va da sè che in quest'esame si deve procedere con riguardi speciali nel caso di soggetti nevrotici, o facilmente impressionabili, e nel caso di quelli che sono abituati ad una vita sedentanea. Se si tratta di individui affetti da nevrosi del cuore o da vizi valvolari, il giudizio dovrà essere dato dopo la raccolta di dati anamnestici, dell'etiologia, dell'esame fisico e di quello funzionale: cioè dopo stabilita con precisione la diagnosi clinica completa.

Qualora sussistesse qualche dubbio, il medico esperto rimanderà il suo giudizio ad un'ulteriore osservazione. E giustamente in Italia si sono istituiti, in alcuni ospedali militari, dei reparti speciali, dove l'esame funzionale del cuore può essere praticato con tutte le risorse che offre oggi la tecnica cardiologica.

Sordo-mutismo isterico nei militari.

G. MIRTO. — Riferisce la storia di due infermi di sordo-mutismo, da trauma bellico. Li ha in osservazione da lungo tempo, dopo circa un anno di decorso e non sono ancora guariti. Sono tuttora sordi, benchè i fatti di mutismo sieno migliorati fino al punto da aversi un linguaggio ejettivo completo, dal punto di vista psicomotorio, ma che si estrinseca soltanto con voce flebile o afona.

L'O. ammette che si tratti di uno stato di torpore o di sonno dei centri corticali (Sollier), e quindi tutte le cure, fisiche e psichiche, debbono essere dirette ad ottenere un risveglio della corteccia cerebrale. Nei due infermi, che l'O. ha avuto in cura, questo risveglio si è in parte ottenuto, e vi è da augurarsi che il risveglio completo, cioè la guarigione, si avveri, sia pur tardivamente.

Prendono la parola i professori CIULLA, ARNONE, PARLAVECCHIO, GIUFFRÈ, ZANOLA, che illustrano il sordo-mutismo isterico, e discutono i casi in cui viene simulato.

Risponde il prof. MIRTO, facendo rilevare che l'esame neurologico accurato fa constatare se è in giuoco la simulazione. Oppostamente a quanto taluni credono, non esistono segni speciali fisici o psicologici o antropologici del simulatore neuropatico e psicopatico.

Ammette col Parlavecchio che qualche volta una nevrosi isterica emozionale può giovarsi molto delle pratiche terapeutiche brusche, dirette ad indurre nel paziente un nuovo forte stato emotivo. Ma bisogna andar cauti, perchè talvolta sono riuscite nocive all'infermo. Se la nevrosi non guarisce non bisogna ostinarsi troppo, ma evitare i trattamenti curativi incongrui, e saper attendere, giacchè spesso la guarigione può aver luogo lentissimamente, per un processo naturale, il cui meccanismo ci è ignoto. Dichiara di ammettere col prof. Giuffrè la difficoltà della diagnosi, tra i casi puri di mutismo isterico e quelli di mutismo o di sordo-mutismo traumatico, tanto più se la commozione traumatica non ha provocato lesioni materiali anche piccole, che si rivelino con evidenti sintomi obbiettivi. Ma in questi casi si è nel dominio delle lesioni organiche a base anatomica nota.

B.

Società Medica di Parma.

Seduta del 15 marzo 1918.

Un caso eccezionale di infezione malarica nell'inverno.

BERTARELLI prof. E. — È dubbio e contestato che nell'inverno si possano avere casi di nuove infezioni malariche. Il solo noto è stato ottenuto ad arte ed è contestato quindi nella sua portata epidemiologica.

Si riporta un caso verificato nello scorso febbraio sulla persona di un medico a Collecchio infettatosi nell'ospedale dei malarici: caso non dubbio e certamente non di una recidiva. Il che trova confronto specialissimo per ciò che il caso stesso si è verificato sovra la persona di un sanitario.

Le spiegazioni teoriche del caso sono facili a trovarsi se bene gli anofeli siano scarsi a Collecchio; ma, comunque, il caso vale a dimostrare la possibilità di infezioni invernali in determinate circostanze.

Nota sulla presenza di zooparassiti intestinali in rapporto colle manifestazioni morbose dell'apparato digerente.

BERTARELLI prof. E. — Si suole ritenere in questi ultimi tempi come probabile che esistano rapporti indiretti tra infezione da zooparassiti intestinali e colera e tifo.

Per verificare se in genere nelle lesioni dell'apparato digerente sia più abbondante il reperto elmintico si sono esaminati 2600 soldati feriti e malati; 722 di essi presentavano elminti dei quali si è definito la specie, con prevalenza dell'ascaride e del tricocefalo.

Degli elmintiaci solo 205 presentavano lesioni dell'apparato digerente, e per contro tra i 2600 esaminati, 498 risultavano malati di forme dell'apparato digerente senza che si avesse un reperto di elminti.

Quindi non si può stabilire nesso alcuno tra forme comuni dell'apparato digerente e zooparassiti intestinali, mentre per quanto altri afferma, ciò è vero per forme specifiche infettive quali colera e tifo.

Dott. A. ROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Il significato diagnostico e prognostico della temperatura nei traumi cranio-cerebrali.

Courtney (*Boston Medical and Surgical Journal*, 11 ottobre 1917), rileva la importanza diagnostica e prognostica della temperatura nei traumatismi cranio-cerebrali, una importanza che è anche superiore alle eventuali concomitanti alterazioni del ritmo cardiaco e respiratorio. Un effetto immediato delle emorragie, come di tutte le varie forme di lesioni intracraniche, è lo shock accompagnato da un abbassamento di temperatura. A meno che lo stravaso sanguigno non sia molto diffuso o non coesista un'intossicazione alcoolica, la temperatura ritorna ben presto normale, e raramente si eleva al di sopra di un grado durante tutto il corso dell'affezione, purchè non si tratti di vera contusione grave e si sia determinata una quasivoglia ferita aperta. Anche nelle contusioni non complicate il decorso della temperatura è tipico. In genere subito dopo l'abbassamento determinato dalla shock si ha un movimento febbrile che può raggiungere anche 38.8 con notevoli remissioni. Il mattino seguente al trauma può scendere a 37.2 ed anche al normale per salire gradatamente la sera a 38.7-38.8. La mattina successiva può ancora scendere a 36.4 per salire la sera a 37.2-37.3. Nei casi favorevoli la temperatura serale rapidamente raggiunge la normale, mentre quella del mattino è leggermente subnormale. Nei casi sfavorevoli invece la temperatura ed il polso aumentano contemporaneamente e talora notevolmente. Nelle lacerazioni cerebrali l'iniziale abbassamento della temperatura da shock ha una durata molto breve. Al riguardo dal punto di vista pratico è indifferente che la lesione del tessuto cerebrale sia localizzata nelle zone che producono sintomi a focolaio o nelle così dette zone silenziose, e che la lesione stessa sia accompagnata da una considerevole emorragia: in ogni caso di lacerazione del tessuto encefalico il contegno della temperatura è lo stesso. Nei casi gravi essa può raggiungere in poche ore 40.5, ma in generale si arriva non molto rapidamente. Possono aversi anche delle remissioni, ma queste non sono molto frequenti e sono sempre insignificanti. Questo è certo che una temperatura alta che compare precocemente dopo un trauma cefalico denota sicuramente una lesione cerebrale. D'altra parte l'A. afferma che la presenza di brividi non depone per la esistenza di un processo suppurativo, in quanto che essi possono aversi anche nelle semplici contusioni senza complicanze. Lo sviluppo di un'aracnoidite raramente è rilevabile anche dopo parecchi giorni dal trauma. Il suo inizio è caratterizzato da un improvviso sbalzo della temperatura accompagnato da sintomi di irritazione corticale, come delirio, sonnolenza, agitazione motoria. Il più o meno improvviso e forte sbalzo di temperatura, che può essere anche di 3 gradi in poche ore, che si manifesta dopo qualche giorno dal trauma è tipicamente caratteristico dall'aracnoidite. Un altro curioso carattere di questo processo si è che la temperatura può avere fluttuazioni anche di 2 gradi non solo di giorno in giorno ma anche di ora in ora. La temperatura media è di 41.5, ma se ne possono avere anche più elevate.

Nell'ascesso cerebrale la temperatura è normale durante il periodo di quiescenza che precede lo stadio di attività del processo piogenico e può essere subnormale anche quando l'ascesso ha raggiunto uno sviluppo tale da determinare fenomeni locali. Tuttavia questa formula può subire delle eccezioni. Talora lo sviluppo dell'ascesso può verificarsi prima che siano scomparsi i segni di un precedente processo; allora la temperatura si mantiene alta fino alla fine.

Dr.

Le indicazioni di intervento per i traumi cefalici.

E. H. Nichols (*Boston Med. and. Surg. Journal*, 11 ottobre 1917) osserva che i traumi cefalici possono determinare le seguenti lesioni: 1. Edema del cervello dovuto a disturbi vasomotori. 2. Leggere lacerazioni del cervello accompagnate clinicamente sempre da edema. 3. Piccole emorragie extracerebrali, sottodurali o extradurali localizzate di solito al lobo frontale e temporale, anche esse accompagnate da edema. 4. Grandi emorragie extracerebrali localizzate per lo più al lobo parietale e temporale, sottodurali o extradurali, generalmente dovute a rottura della meningea media, anche esse accompagnate da edema, con o senza frattura delle ossa craniche. 5. Emorragie extracerebrali diffuse di solito alla base, generalmente dovute a rottura di qualcuno dei suoi vasi, per lo più accompagnate a frattura della base ed a compressione o lacerazione dei nervi cerebrali. 6. Gravi emorragie intercerebrali, dovute a rottura di vasi, praticamente sempre accompagnate a frattura delle ossa. 7. Fratture delle ossa della volta di varia forma che vanno dalla semplice frattura rilevabile solo all'esame ra-

diologico fino alla rottura completa di tutto lo spessore osseo con avvallamento, e finalmente fratture della base.

Queste ultime dovute per lo più a compressione determinano lesioni dei tronchi venosi, e spécialmente del sesto e del settimo. In ogni caso la frattura per sè ha una importanza secondaria, il fatto importante è la lesione del cervello.

I sintomi sono i seguenti: L'edema cerebrale produce la sindrome nota col termine di concussione. Essa varia da una leggera confusione mentale fino alla incoscienza completa; possono anche verificarsi fatti di irritazione, quali il delirio e l'esagerata eccitabilità. Questi disturbi sono causati da colpi sulla testa di moderata intensità. Si hanno disturbi vasomotori con fuoriscita di siero e conseguente aumento della quantità e della pressione del liquor. I sintomi mentali sono variabili in rapporto al grado dell'edema. In ogni caso si hanno disturbi della memoria con lacune in rapporto ai fatti precedenti e successivi al trauma. L'edema d'altra parte può produrre, come si è detto, fenomeni d'irritazione: delirio, agitazione, impulsività. Altri sintomi sono: il vomito, la midriasi il pallore della faccia, la tachicardia, l'abbassamento della temperatura.

In quanto al trattamento Nichols dà le seguenti indicazioni: 1. Nei casi di edema semplice non occorre intervenire chirurgicamente. 2. Nelle lievi lacerazioni del cervello con edema persistente talora per prevenire le possibili degenerazioni cerebrali occorre intervenire. 3. Nelle leggere emorragie extracerebrali bisogna intervenire solo nei casi nei quali si ha la formazione di cisti. 4. Nelle emorragie diffuse da rottura della meningea media con o senza sintomi a focolaio si deve tempre intervenire. 5. L'emorragia basilare raramente può essere curata chirurgicamente. 6. Nelle emorragie intracerebrali l'intervento è consigliabile solo per rimuovere l'alta pressione. 7. Nelle fratture lievi della volta occorre intervenire solo in presenza dei processi settici, in quelle con infossamento il trattamento chirurgico s'impone per asportare i frammenti che comprimono o irritano la sostanza nervosa. DR.

Trattamento delle ferite con lesione totale del midollo spinale.

Wilms (*Medizinische Klinik*) fa osservare come la sorte dei feriti con lesione totale del midollo spinale è la morte entro un periodo più o meno lungo. I pericoli fatali che l'assistenza riesce solo a tener lontani temporaneamente sono i decubiti e l'infezione delle vie urinarie.

I decubiti sarebbero minori o mancherebbero se il paziente potesse mutar posizione di frequente; ma in ciò è impedito dal peso inerte di una parte del suo corpo, dagli arti inferiori in special modo, i quali pesano dalle 80 alle 90 libbre.

L'A., in un soldato paraplegico per ferita, ha eseguito l'amputazione sotto-trocanterica delle due coscie. Dopo l'operazione i decubiti già esistenti sono migliorati e sono migliorate anche le condizioni generali, perchè il mutilato può muoversi meglio che quando era gravato dall'inutile peso degli arti inferiori.

Attualmente l'A. si propone di compiere un atto operativo diretto a rendere più facile il deflusso dell'orina dalla vescica paralizzata. Vuol distaccare dalla sinfisi pubica i legamenti che vi fissano il pene e portare quest'organo nel perineo, dietro lo scroto. L'operazione sarebbe da eseguire secondo il metodo di Thiersch per spostare nel perineo il moncone uretrale dopo amputazioni del pene per cancro.

(*N. d. R.*). — La proposta non sembra mancare di una certa logicità, ma non si capisce se i pazienti e i chirurghi potranno vincere la repugnanza di accettarla. EGIDI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(935) *Cura della fosfaturia.* — All'abbonato n. 3000:

Non poca oscurità regna ancora sulla patogenesi della fosfaturia e delle sindromi che ad essa si accompagnano, o che ne sono un esponente.

Una terapia della fosfaturia è quindi sempre più una correzione della manifestazione morbosa che una vera cura causale. Bisogna aver di mira due scopi: uno, quello di diminuire il contenuto urinario di corpi alcalino-terrosi (calce e magnesia in particolar modo); l'altro, quello di modificare la scarsa acidità urinaria.

Per il primo si limita la somministrazione degli alimenti ad alto contenuto di calcio (latte, uova principalmente), per il secondo risponde bene la somministrazione di atropina a gocce (1:1000, da 10 a 20 gocce al giorno), la quale sembra agire limitando la secrezione gastrica di acido cloridrico.

Tutti i moderni trattati di malattie del ricambio trattano della fosfaturia. Consigliamo quello dell'Umber. PONTANO.

(936) *Cura degli eczemi cronici vaginali.* — Al dott. G. M., da F.:

Al pari di altre mucose (come quelle bocco-

linguale, nasale, della congiuntiva, ecc.), anche la mucosa vaginale può essere sede di eczema, in generale per propagazione di analogo processo delle vicine superficie cutanee: talvolta anzi l'affezione si estende sino al collo uterino.

La cura è basata anzi tutto sulla eliminazione di quei fattori etiologici (glicosuria, catarro vescicale, incontinenza di orine, leucorrea, ecc.) che non mancano quasi mai negli eczemi dei genitali esterni femminili. Hillairet usava inoltre, pare con successo, dei cataplasmi di fecola di patata in forma di *speculum*. Vidal consigliava d'introdurre una volta al giorno e lasciare in vagina, mediante uno *speculum*, quando è possibile, dei tamponi di ovatta riuniti in serie, di cui i primi tre sono imbevuti di una miscela di balsamo di Gurjum (p. 1) e di acqua di calce officinale (p. 2): gli altri ricoperti di polvere di talco.

Va da sè che se esiste un eczema della vulva, del perineo, dell'interno delle coscie, ecc., saranno curati diligentemente secondo le norme della terapia locale e generale di queste dermatiti. V. MONTESANO.

(937) All'abb. n. 6741:

Finora in Italia i sanatorî sono pochi: per agiati abbiamo solo quello del dott. Zubiani in *Sondalo*, nella pineta di Sortenna, a m. 1250 sul livello del mare; quello di *Prasomaso* è a beneficio dei tubercolosi poveri di Milano e provincia; il sanatorio di *Ornago* è pei poveri e i meno agiati oltre che dei Comuni di Vimercate e limitrofi anche di altri Comuni del Regno, nei limiti possibili; il sanatorio di *Budrio* è pei poveri della regione (prov. di Bologna); il sanatorio marittimo di *Livorno* è pei malati della provincia di Livorno; il sanatorio popolare di *Palermo* è pei poveri della regione.

A. R.

(938) Ai dott. A. R. da P. e D. C., Zona di Guerra (A.):

Un buon manuale pratico di radiologia è quello del Japujeas: *Précis de Radiodiagnostic.* Non è tradotto in italiano. Un discreto trattato italiano, elementare ma completo, è quello del Mignacca, edito dalla Società editrice Libraria. P. A.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali, ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che gli scriventi ci si facciano conoscere.

VARIA.

I surrogati alimentari in Germania.

Brahm e Züntz (*Deut. med. Woch.*, 1917, numero 34) hanno ricercato se la sostanza cornea della corna, unghioni, peli, ecc. possa costituire una sostituzione dell'albumina. Chimicamente la cheratina, per il suo contenuto in amino-acidi non differisce gran che dagli albuminoidi animali o vegetali, che sono ben tollerati dall'organismo animale, e deve avere lo stesso valore nutritivo.

Gli AA. hanno usato nei loro esperimenti della sostanza cornea sottoposta precedentemente ad un processo di idrolisi. I preparati culinarî (brodi, pasticci, ecc.), fatti usando tale idrolisato come surrogato dell'estratto di carne, si sono dimostrati buoni al gusto e mangiabili.

Le esperienze sul ricambio sono state fatte su di una cagna nutrita con glucosio, grasso, colla d'ossa (altro surrogato di albuminoidi) e l'accennato idrolisato. Quest'ultimo ha avuto benefica influenza, rendendo migliore l'assimilazione della colla, ed ostacolando l'albuminuria provocata da quest'ultima. Non si possono però dare notevoli quantità di tale idrolisato ai cani, perchè, questi, analogamente a quanto accade per gli estratti di carne, lo rifiutano ed eventualmente lo vomitano, quando venga introdotto con la sonda.

Alcune delle ricerche però sono incomplete perchè l'animale in esperimento ha mangiato le proprie feci mescolando così l'azoto del periodo precedente a quello del susseguente.

Gli AA. considerano poi la possibilità che questo preparato proveniente dalle corna serva eventualmente per l'alimentazione umana; in tal caso essi avrebbero dimostrato che è ben tollerabile anche a dosi dieci volte maggiori di quanto verrebbe somministrato all'uomo. FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

ELLIOT. P. JOSLIN. *The treatment of diabetes mellitus.* IIª edizione riveduta e aumentata. Un volume in-8º di 550 pag. con figure, rilegato in tela. — Lea e Febiger, editori, Philadelphia e New York, 1917.

Ottima opera d'insieme sull'argomento, che appare di grande importanza, quando si pensi che agli Stati Uniti i diabetici si contano a centinaia di migliaia. Ad uno studio statistico

ed eziologico, l'A. fa seguire i concetti generali del trattamento basato sull'accurata analisi del metabolismo nei diabetici. Seguono gli interessanti capitoli sulla dieta e sul trattamento, che si impernia sul noto metodo di Allen. A parte vengono considerati la cura delle complicazioni e delle singole manifestazioni dei diabetici, nonchè i diversi metodi analitici per le urine, il sangue, la respirazione.

La maggior parte dei concetti esposti dall'A. è basata sopra numerose osservazioni personali studiate con somma cura.

Fil.

Robert McCarrison. *The thiroid gland in health and discase.* Un volume rilegato in-8° di 260 pagine con oltre 80 figure. — Baillière, Tindall and Co., editori. Londra, 1917.

L'A. comprende sotto la denominazione di ghiandole tiroide anche le paratiroide ed espone dapprima l'anatomia, la fisialogia, specialmente dal punto di vista chimico e le funzioni di questi apparati, dei quali viene studiata l'influenza nei diversi periodi della vita.

Passa poi a considerare i fattori, che determinano la deviazione di questi apparati dello stato di salute: su di essi sono a urtarsi l'ambiente malsano, le infezioni, la tossiemia intestinale ecc.

La parte preponderante del lavoro è dedicata alla patologia, che l'A. esamina partitamente per le affezioni della tiroide (gozzo, cretinismo, miscedema, morbo di Flajani) e delle paratiroidi. Per qèuanto riguarda il gozzo endemico, l'A. sostiene la teoria infettiva e riferisce di aver ottenuto buoni risultati terapeutici con l'uso d idisinfettanti intestinali (timol, fermenti lattici). Segue poi l'elenco delle nume rose pubblicazioni dell'A. sul gozzo e su argomenti affini.

Fil.

Ch. Watson. *Lectures on Medicine. A Vandbook for nurses.* 1 vol. in-16° di pag. VI-295. Edimburgo, E & S. Livingstone, 1917. Prezzo s. 4 d. 6.

L'A. ha condensato in questo volume le conferenze e, per quanto è stato possibile, le esercitazioni fatte nei suoi corsi di medicina per infermiere.

Le cognizioni che vi ha raccolto sono forse troppo estese e dettagliate; ma l'A. è stato guidato dal concetto che l'utilità di un'infermiera per il malato e per il medico è in rapporto con la precisione e con la vastità delle proprie cognizioni teoriche e pratiche nel campo della medicina e delle discipline ausiliarie.

Una lunga esperienza, quale medico pratico e quale insegnante di clinica a Edimburgo, lo ha sempre più confermato in questo convincimento.

Il lavoro è diviso in nove capitoli, di cui uno consacrato alla dieta, uno alle febbri e gli altri alle malattie dei vari organi e sistemi ed alle malattie generali.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Battaglia M. Il muscolo interfoviolare ed alcuni reperti anormali delle pareti addominali dell'uomo in rapporto alle ernie inguinali. — Napoli, 1916.

Atti della R. Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma, 1916.

Alfieri Emilio. La profilassi ginecologica. Puntata 1ª. — Napoli, 1917.

Tomasinelli Giovanni. Sulla origine e il significato delle sostanze azotate non proteiche del sangue sullo stato fisiologico e patologico del fegato. — Parma, 1916.

Grassi Ernesto. Brefotrofio provinciale di Milano. Relazione generale per l'anno 1916. — Milano, 1917.

D'Onghia Filippo. L'isterismo emotivo. — Napoli, 1917.

Morelli Giovanni. Osservazioni di un medico pratico sulla malaria in una zona del Ferrarese. — Bologna, 1917.

Bonola Francesco. I disturbi psico-nervosi dei combattenti. — Genova, 1917.

Notari Giovanni Adriano. Dell'ascoltazione orale. Respirazione intercisa da neurosi respiratoria con vibrazione oscillatoria del diaframma. — Milano, 1917.

De Napoli Ferdinando. Per la cura rapida della scabbia. — Roma, 1917.

Frugoni Cesare. Emiplegia organica da ferita d'arma da fuoco non interessante la cavità nè le ossa craniche per embolia cerebrale da trombosi contusiva della carotide interna. — Milano, 1917.

Ragazzi Mario. La disinfezione dei libri. — Genova, 1917.

Albanese Achille. La terapia fisica per gli invalidi della guerra nel Kinesiterapico Albanese di Palermo. Descrizione e note. — Palermo, 1917.

Piantoni Giovanni. Il saccarosio per via ipodermica ed endovenosa negli stati di inanizione e nel colera. — Siena, 1917.

Lerda Guido. Contributo alla tecnica dei grandi svuotamenti delle ossa. — Milano, 1917.

Graziadei B. Polimiosite primitiva cronica atrofica da guerra. — Firenze, 1917.

Preti L. La vaccino-terapia specifica nella febbre tifoide. — Milano, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I giornali medici delle case di specialità.

Alle necessità della *réclame*, che viene considerata l'anima del commercio, non possono sottrarsi i produttori di specialità medicinali, che, allo scopo di vendere la propria merce, debbono divulgarne i meriti ai quattro venti.

Diverso però è il pubblico, su cui le varie case vogliono far presa. Molte preferiscono la clientela più vasta e più facile, ma anche più fluttuante, costituita dalla gran massa dei profani, ed espongono i pregi delle loro specialità sulle cantonate e sulle quarte pagine dei giornali. Usano i mezzi più adatti a richiamare l'attenzione, dalle dimensioni cubitali dei titoli ai colori vivaci, dalle figure suggestive, pseudoscientifiche o artistiche, alle parole di colore oscuro, adatte ad *épater* il buon cittadino, che sarà ben soddisfatto di dare un bel nome risonante ai proprî disturbi e di trovare per essi il rimedio infallibile.

Riuscirebbe curioso il passare in rassegna i diversi mezzi escogitati per raggiungere lo scopo di attirare a sè i clienti: lo studio sarebbe però assai melanconico, perchè rivelerebbe l'immensità della buaggine umana, pronta a lasciarsi abbindolare dal più abile ciarlatano.

V'è però un'altra forma di *réclame* alle specialità, assai più pericolosa perchè più subdola, ed è quella che si rivolge alla classe medica. Si comprende che essa riesce ben più proficua: di fatto il medico, convinto della bontà di un prodotto, può non solo diffonderlo con la persuasione, ma imporlo con l'autorità che gli conferisce la professione. Ma, appunto per la sua professione stessa, il medico è più restio ad essere convinto dalle chiacchiere, che possono aver presa sui profani. Occorre quindi presentargli la merce sotto un'altra forma, ammantandola di una veste scientifica. Ed ecco quindi gli estratti di monografie sperimentali sul medicamento raccomandato (quanti *Beiträge* su medicine che furono dimenticate nel giro di pochi anni!); ecco i numerosi periodici che le case produttrici di specialità medicinali fanno redigere e diffondono gratuitamente tra il ceto medico.

È inutile citare nomi, che sono ben noti a tutti: grazie alla organizzazione della *réclame*, le case produttrici sono al corrente dell'indirizzo dei medici e li perseguitano dovunque con pubblicazioni che più o meno palesemente magnificano i loro prodotti.

Nè è a dire che questi periodici siano buttati giù alla carlona e che subito s'intraveda chiaramente la sfacciata *réclame*. Tutt'altro: si tratta anzi talora di giornali discreti, con brave riviste sintetiche, con recensioni di libri e giornali, vi sono anche contributi originali di medici pratici, v'è la rubrica degli interessi professionali, e, opportunamente sparsi qua e là, vi figurano i lavori che mettono in rilievo l'efficacia e le virtù terapeutiche dei prodotti della casa.

Ma, si obbietterà, il buon senso del medico può facilmente ovviare a questi inconvenienti, approfittando del materiale serio di coltura professionale, che tali giornali gli offrono, e sceverandolo da quello di pura *réclame*.

La faccenda non è tanto semplice, come può sembrare in apparenza. I lavori che interessano i prodotti delle case sono di solito presentati bene: un bel titolo, che alletta, una trattazione non troppo lunga, indicazioni chiare, con risultati pratici, che sembrano indiscutibili. D'altra parte il senso critico non è una merce molto comune, neppure tra i medici, e, dato il feticismo per la carta stampata, non riesce sempre molto difficile a persuadere anche i medici della bontà di un dato prodotto. Qualche volta la mancanza di senso critico e di pratica giornalistica arriva ad ingenuità, che sembrerebbero incredibili. Ricordo, p. es., un collega che, per persuadermi dell'efficacia di un certo medicamento contro le emorragie uterine, mi mostrava una di queste *réclames*: «capirai», soggiungeva, «non si tratta della quarta pagina di un giornale politico!».

Tutti questi giornali sono inviati gratuitamente ai medici, ma poichè le non lievi spese sostenute gravano sui bilanci delle case, vengono, in ultima analisi, pagate dal malato, il quale sborsa così per le medicine un prezzo molto superiore a quello di costo.

D'altra parte essi offrono necessariamente al lettore una visione unilaterale e partigiana sul valore dei prodotti commerciati dalla casa, in quanto che presentano solo i casi favorevoli, non gli insuccessi e non prospettano i pericoli che possono incontrarsi nell'uso del medicamento.

Sono poi di notevole danno alla stampa medica seria, che deve vivere unicamente da sè stessa, senza appoggi nè sussidi estranei.

Molti medici, di fatto, si accontentano di quei periodici, che non costano nulla; ed hanno anche l'illusione di tenersi al corrente del movimento scientifico e di prescrivere, con i medicamenti raccomandati, spesso inutili se non dannosi, l'ultimo portato della scienza.

Il dilagare, abbastanza recente, di certi prodotti, che proprio non offrono alcun palese vantaggio, si deve a questa forma di *réclame*, presso i medici troppo seguaci delle novità, che si lasciano convincere più facilmente, magari, da una figura appariscente, che da un capitolo di farmacologia.

È necessario opporsi a questa *réclame*, che approfitta dell'inerzia umana, per cui si richiede meno sforzo da parte del medico nell'ordinare una specialità, anzi che nel compilare una ricetta, e che finisce, in fondo, col danneggiare i malati, favorendo nel medico l'abito mentale dell'indolenza.

Sarebbero certamente utili dei provvedimenti legislativi, ma purtroppo l'esperienza ci ha dimostrato la scarsissima tutela che offre la nostra legislazione in materia di igiene e di sanità; tra l'altro, tutti si credono in diritto di trasgredirla, sicuri dell'acquiescenza dei giudici.

Lo scopo non può essere raggiunto che con l'elevazione del medico stesso, persuadendolo ad abbandonare tutti quei medicamenti di cui gli sono ignote la composizione e l'azione, a tornare alle pure fonti delle ricettazioni farmacoterapiche, e a respingere senz'altro tutte quelle pubblicazioni gatuite, che con le loro insidie sono un attentato continuo alla sua buona fede e alla sua dignità. INDEX.

Cronaca del movimento professionale.

Per il rappresentante degli Ordini dei Medici al Consiglio Superiore di Sanità. — Il Consiglio direttivo dell'Associazione fra i medici-chirurgi liberi esercenti di Roma ha formulato il voto che a rappresentante degli Ordini dei medici nel C. S. S. venga eletto il dott. Enrico Ballerini, presidente dell'Ordine di Roma.

Nello stesso senso si è espresso un Comitato di illustri sanitari di Roma.

Da Napoli giunge notizia che è stata avanzata la proposta di far cadere la scelta sull'on. Pietro Castellino.

ATTI PARLAMENTARI.

Le cliniche private per gli ufficiali feriti.

Ad analoga domanda dell'on. Salomone il ministro della guerra gen. Zupelli ha così risposto:

«All'inizio della guerra, nel periodo in cui rapidissimamente doveva svolgersi la organizzazione sanitaria militare, fu necessario ricorrere, per la spedalizzazione degli ufficiali, anche ad ospedali civili, case di salute, istituti eserciti da privati, onde profittare di risorse locali, costituite da luoghi di cura già in funzione.

«Il vantaggio poi si presentava anche più evidente, quando trattavasi di provvedere a terapie specializzate, le quali richiedono, per i corrispondenti arredamenti, spese e tempo considerevoli.

«Tale sistema di spedalizzazione, che doveva considerarsi temporaneo ed ausiliario, mentre costituiva un onere e non un vantaggio pecuniario, presentava il grave inconveniente della disseminazione degli infermi, alla quale conseguiva mancanza di uniforme indirizzo direttivo e sopra tutto di sufficiente sorveglianza disciplinare.

«Nel caso di cure specializzate, la considerazione del vantaggio che traesi da perfetti impianti già in funzione, con personale tecnico di indubbia capacità, ha consigliato di fruire ancora dell'opera di istituti di cura civili, i quali possono essere sostituiti da ospedali militari di riserva (o della C. R. I. che offrono la stessa garanzia) atti a concentrare il più possibile la spedalizzazione degli ufficiali, bisognevoli di cure generali mediche e chirurgiche, sotto la diretta sorveglianza delle autorità sanitarie militari responsabili.

«Tale provvedimento non impedisce che gli ufficiali infermi possano avvantaggiarsi dell'opera degli illustri maestri della scienza medica e chirurgica, cui certamente si riferisce l'on. interrogante, poichè questi esercitano la loro alta consulenza in qualsiasi stabilimento sanitario civile e militare della zona loro assegnata.

«Sono stati allestiti, pertanto, nei vari Corpi d'armata, ospedali militari sufficienti ad ogni eventuale bisogno e destinati al concentramento della cura degli ufficiali affetti da malattie mediche e chirurgiche generali.

«Tale concentramento dovrà effettuarsi non alla scadenza fissa del primo maggio cui accenna l'onorevole interrogante, ma è già in parte effettuato e proseguirà in avvenire, man mano che verranno a scadere i singoli contratti stipulati pel passato con i vari ospedali civili e istituti privati di cura».

Sul rimpatrio degli ufficiali medici prigionieri.

Ad un'interrogazione dell'on. Casciani, il ministro della guerra ha così risposto:

«Le convenzioni internazionali stabiliscono che il personale sanitario fatto prigioniero venga inviato al paese dal quale proviene quando il suo concorso nella cura e trattamento di malati e feriti non sia più indispensabile.

«Tuttavia il Governo per non far mancare ai prigionieri italiani l'ausilio morale e materiale dei nostri medici ha dato sinora la precedenza al rimpatrio di quelli che per ferite di guerra, per anzianità di cattura, età e stato di famiglia meritavano maggior considerazione.

«Aggiungo infine che tutte le questioni suddette sono nuovamente state prese in esame e saranno discusse al prossimo Convegno che avrà luogo in Svizzera fra i nostri delegati e quelli del nemico, per meglio regolare il trattamento dei prigionieri di guerra».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7266) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. V. C. da T. — L'aumento di stipendio potrà competerle quando sarà deliberato dal Consiglio Comunale e nella misura che questo determinerà, tanto per il posto in cui è titolare quanto per quello in cui è interino, sempre che questo sia compreso nella pianta organica e sia mancante il titolare. Per l'indennità caro-viveri, invece, si deve cumulare lo stipendio che percepisce nella prima condotta con l'altro della seconda, perchè l'esercizio di questa ultima non costituisce un incarico provvisorio ma durevole fino a quando non sarà possibile espletare il relativo concorso. Se il cumulo non oltrepasserà le lire 4500 vi avrà diritto, ma complessivamente fra le due condotte, in modo che ognuna di esse venga gravata di una quotaparte della somma dovuta.

(7267) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. da M. — La circolare della Prefettura nei termini da Lei esposti nel quesito è la fedele riproduzione di quella emessa dal Ministero dell'Interno del 6 marzo ultimo, n. 16900. Però per Lei concorre una circostanza, che muta la reale posizione dei fatti e, cioè, quella che il collega non è temporaneamente impedito per servizio militare, ma definitivamente incluso nel corpo sanitario del R. esercito e, quindi, non può più considerarsi come facente parte del personale dipendente da codesta amministrazione. Dal che si deduce che bene ha fatto il Consiglio Comunale ad attribuirle l'aumento dello stipendio, di cui al D. L. del 10 febbraio ultimo, e che la Prefettura avrebbe dovuto impartire in merito la sua approvazione. Qualora la detta Prefettura insista nel non approvare il relativo atto, il Consiglio Comunale potrà ricorrere al Governo del Re, indirizzando il reclamo al Ministero dell'interno.

(7269) *Competenze del medico condotto chiamato sotto le armi.* — Dott. abbonato 8470. — Lo stipendio che riceve dal Comune, depurato dalle indennità sussidiarie è di lire 3770. Ricevendo come Tenente lo stipendio di lire 2500, il Comune dovrà corrisponderle la differenza di lire 1270 per tutto il tempo che resterà sotto le armi.

(7270) *Ricchezza mobile.* — Dott. A. M. da A. — Non ostante che Ella sia stata assunta come interino con diaria netta di R. M., l'aumento che riceverà a seguito del D. L. del 10 febbraio ultimo, sarà gravato di tale imposta, perchè su detto aumento che Le vien dato in forza di legge non hanno influenza di sorta i patti e le condizioni stabilite quando si intraprese il servizio.

(7271) *Trattamento economico degli ufficiali medici concessi alle amministrazioni civili.* — Dott. M. B. da M. — L'articolo 3° della Circolare del Ministero dello Interno e della Guerra del 10 settembre 1917, n. 20400, stabilisce che il medico militare chiamato a surrogare in servizio civile il titolare di una condotta chiamato sotto le armi, deve fare non solo il servizio della condotta in cui il titolare è mancante, ma anche, come interino, quello delle altre in cui il titolare stesso prestava servizio. In tale caso gli altri Comuni, od anche lo stesso Comune in cui il medico militare disimpegna l'interinato, gli corrisponderanno l'intero assegno che prima corrispondevano al medico civile richiamato. Poichè Ella, sebbene per altro titolo, trovasi in identica posizione, non par dubbio che debba essere in di Lei favore applicata tale disposizione, adottata di concerto fra i due Ministeri. Se non riceve indennità caro-viveri dalla amministrazione militare in base al D. L. n. 1916 del 1° agosto 1917, dovrà riceverla dal Comune in cui è titolare, sempre che lo stipendio sia nei limiti fissati dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181. Potrà, poi, riscuotere compenso pel rilascio di certificati richiesti nell'interesse privato dalle persone non comprese nello elenco dei poveri.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. G. M. da F.: Data la non grande anzianità della sua classe non è probabile che Le venga confermato l'esonero. Tale eventualità però non è assolutamente da escludersi.

All'abb. n. 461:

Data l'anzianità della sua classe di leva è poco probabile che Ella possa venir richiamato. Comunque, avrebbe il grado di capitano e non quello di primo capitano.

All'abb. n. 3288:

La sua domanda per la nomina ad ufficiale non sembra possa avere alcun rapporto con la eventuale revoca della dispensa di cui Ella godeva.

L'ernia inguinale da cui è affetto, se riducibile e contenibile in adatto cinto, non è causa di inabilità.

All'abb. n. 9109:

La proposta di onorificenza viene trasmessa pel tramite della Intendenza al Ministero della Guerra (Segretariato generale).

Per solito le onorificenze vengono pubblicate con i bollettini del 1° gennaio o con quello dello Statuto.

Può tale regola subire eccezioni.

All'abb. n. 5964:

È possibile che il Commissario regio richieda il suo esonero, e se tale parere sarà condiviso dalla Commissione che vaglia gli esoneri, Ella potrà venir dispensato dal servizio militare anche se idoneo incondizionatamente, data l'anzianità della sua classe.

All'abb. n. 2873:

La decisione del Ministero della Guerra sul suo esonero non è improrogabile ed è opportuno che se il Consiglio Comunale ha delle ragioni da far valere in merito al suo esonero le esponga.

Se Ella può provare, come sembra, dato l'inizio del suo servizio di condotta, che ha compiuto oltre 15 anni di esercizio professionale, Le competerà, se chiamato alle armi, il grado di capitano.

All'abb. n. 1980:

Non è possibile definire l'epoca nella quale potrà venir precettato: certo in un prossimo avvenire, poichè il bisogno di medici è abbastanza notevole. Qualora Ella comprovi di aver 15 anni di esercizio professionale, nell'epoca da Lei accennata, Le verrà conferito il grado di capitano.

Al dott. X, 1874:

Per gli ufficiali medici della sanità militare le norme per l'avvicendamento di quelli che hanno

compiuto 40 anni di età e da oltre un anno si trovano in zona di guerra sono ormai ben note.

Gli ufficiali della Croce Rossa devono essere assoggettati ad analogo procedimento.

Ella può appellarsi al Comitato Centrale della Benemerita Associazione per far valere le sue ragioni.

All'abb. n. 6594:

La punta d'ernia, sia pure bilaterale, non è causa per gli ufficiali di alcun provvedimento medico-legale.

All'abb. n. 3182:

Occorre sollecitare le decisioni del Ministero della Marina, che solo è competente a stabilire il trattamento dei proprii ufficiali.

All'abb. n. 4017:

Occorre che Ella faccia pervenire al Comitato Centrale della Croce Rossa notizia della riconferma del suo esonero, ma tale riconferma è stata ratificata dal Ministero?

Al dott. A. d'A. da N.:

Evidentemente alla Croce Rossa non risulta il suo stato di salute. Però essa arruola in servizio anche dei riformati e quindi sta a Lei dimostrare se le sue attuali condizioni di salute sono tali da permetterle di assumere servizio.

All'abb. n. 7311:

Trattasi dei medici che fruivano dell'esonero ed ai quali l'esonero ora sia stato revocato.

All'abb. n. 3231:

L'essere sottotenente medico di milizia territoriale non Le dà diritto ad essere assegnato a servizii territoriali, poichè ormai non si può dire vi sia alcuna distinzione d'impiego tra gli ufficiali medici di milizia territoriale e quelli di complemento.

L'assegnazione dei gradi per titoli si effettua però solo in uno speciale ruolo di ufficiali di complemento e quindi se Ella desidera essere nominato tenente di complemento può farne domanda, poichè non avendo compiuti i 15 anni di servizio tecnico professionale non può aspirare al grado di capitano.

All'abb. n. 8144:

Ella potrebbe ottenere forse il suo intento accordandosi per uno scambio con il collega che fa servizio presso il reggimento ove trovasi suo fratello. Ottenuto l'accordo potrebbero chiedere all'Intendenza generale che effettuasse tale scambio nel comune interesse, ma non sarà facile che il collega che presta servizio in artiglieria consenta a passare in fanteria.

Al dott. *Alfa*:

Per l'esonero non è a Lei che spetta far domanda, ma deve essere l'autorità civile dalla quale Ella dipende che deve far presente alla Commissione la sua insostituibilità.

Le cause che hanno dato luogo alla sua riforma nel 1891 essendo permanenti daranno luogo del resto, ad un nuovo provvedimento di riforma.

All'abb. n. 6221:

Se cinque fratelli trovansi contemporaneamente sotto le armi il più anziano può essere congedato. Circ. n. 271 del G. M. 26 aprile 1918.

All'abb. n. 5036:

Può far domanda di nomina ad ufficiale medico purchè risulti idoneo alla visita.

Al dott. A. T. da C.:

Per ottenere una seconda promozione occorre, per l'ufficiale di riserva, una proposta *per distinzione speciale*.

Al dott. G. G. da C. d. C.:

I capitani medici effettivi promossi maggiori hanno ora una anzianità *del gennaio* 1915.

Ora, siccome le promozioni degli ufficiali di complemento e di Croce Rossa debbono essere precedute da quelle degli effettivi, Ella dovrà ancora attendere per avere la sua.

Al dott. C. P. M., Zona di guerra:

Nessuna promozione è avvenuta fra i tenenti di complemento con anzianità del 1° maggio 1916.

Sarà bene in ogni modo che Ella faccia risultare la sua riacquistata idoneità incondizionata.

Al dott. A. B. da M.:

Per il grado di primo capitano occorrono 20 anni di *spalline*.

Il servizio prestato come soldato non può quindi a rigore essere considerato come abile, pel conseguimento del grado suddetto.

Nella risposta accennata trattavasi di ospedali in Zona di guerra. Nessuna indennità può infatti spettare all'Ospedale di Molfetta anche se *destinato* a eventuale funzione contumaciale.

Al dott. V. P., Zona di guerra:

Ella non ha diritto al semplice avvicendamento. Potrebbe però venir richiesto da autorità civili in sostituzione di altro medico mobilitato.

Per rispondere all'altra sua domanda occorre conoscere la sua anzianità esatta nel grado di sottotenente (data di nomina). M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Mario Donati, ordinario di patologia speciale chirurgica presso la R. Università di Modena, è stato chiamato alla cattedra di clinica chirurgica e medicina operatoria nella stessa Università.

Esprimiamo al valente clinico tutto il nostro compiacimento per questa designazione, che ne rimerita le alte doti di operatore, di studioso e d'insegnante.

Il dott. C. Barba Morrihy davanti ad una Commissione composta dai professori Todaro, Durante, Alessandri, Perez, Purpura, ha brillantemente sostenuto l'esame per la libera docenza in patologia chirurgica, riportando all'unanimità l'approvazione con lode per la lezione di prova.

Facciamo i nostri rallegramenti al distinto sanitario, che per tanti anni mantenne alto il decoro dell'arte medica italiana nella regione tripolina, coprendo la carica di direttore dell'Ospedale Italiano di Tripoli prima e dopo la nostra occupazione della quale egli fu un pioniere.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOTIZIE DIVERSE

Per un grande stabilimento termale popolare.

Il Comune di Milano è in procinto di acquistare al prezzo di 495,000 lire una vasta area in Tabiano, comprendente una sorgente salso-iodica e tutti gli alberghi, con lo scopo di fondarvi un grande stabilimento di cure termali per i poveri, che potrebbero accedervi da ogni parte d'Italia, col concorso delle rispettive istituzioni di beneficenza locali.

In Tabiano (Parma), a breve distanza da Salsomaggiore, sono parecchie sorgenti e fanghi. Le cure attualmente in uso sono: bagni e fanghi riscaldati, bibite ed inalazioni.

Assistenza sanitaria in Napoli alle famiglie dei richiamati.

Il Comitato di assistenza sanitaria di Napoli offre, alle famiglie povere dei richiamati, medici, infermieri, medicine, cibi, cioè quanto occorre per curarsi seriamente.

L'attuazione di quest'opera pietosa si deve all'on. Castellino, con la valida collaborazione del prof. Emilio Cioffi e degli assistenti, nonchè di elette dame.

La lotta antitubercolare a Napoli.

E' sorto a Napoli un primo *Preventovium* antitubercolare, che è dedicato a G. B. Morgagni.

Questo provvido Istituto fu testè visitato dal comm. Francesco Inghilleri, ispettore generale della Sanità, il quale espresse al dirigente prof. Pirera la più ampia soddisfazione per il funzionamento dei varii servizi, anche nei riguardi della assistenza sanitaria ai militari riformati per tubercolosi.

Le condizioni sanitarie della provincia di Roma.

Da una relazione fatta dal comm. G. Badaloni in seno al Consiglio provinciale di Sanità, nella seduta del 29 aprile u. s., risulta che le condizioni sanitarie della provincia di Roma sono ottime.

Riporteremo nel prossimo fascicolo un resoconto di questa seduta.

Sulla dieta dei prigionieri in Germania.

Il dott. Englbert riferisce nel *J. A. M. A.* che la razione dei prigionieri in Germania, che era prima di 2740 calorie quotidiane, è ora ridotta a 1720 calorie. Perciò propone di organizzare in vasta scala a mezzo della Svizzera o della Danimarca il rifornimento alimentare a questi disgraziati.

Epidemia di paratifo tra prigionieri di guerra inglesi.

Il *J. A. M. A.* riferisce che è scoppiata una grave epidemia di paratifo nei prigionieri di guerra inglesi in Yozgad (Turchia asiatica). Si ebbe una mortalità fino al 70 %. Non è chiaro se e come tali soldati inglesi fossero stati a suo tempo vaccinati.

Per lo studio della biologia medica.

La società svizzera di scienze naturali ha creata una sezione per la biologia medica.

Ne è presidente il prof. Hedinger di Basilea.

Per lo studio del tifo esantematico.

In Romania è giunta una missione medica giapponese per studiare il tifo esantematico.

È comandata dall'on. Kuranosuke Mogi e conta di fermarsi colà otto mesi.

Nel giornalismo medico.

A Jassy, in Romania, ha iniziato le pubblicazioni la *Revue Médico Chirurgicale* con la collaborazione di numerosi sanitari e accademici.

Abbonamenti annui L. 15. Redazione in Rue Voridenia, 1.

Onoranze alla Croce Rossa Americana.

Alla benemerita Missione Americana della Croce Rossa sono state prodigate onoranze in Roma, Napoli, Milano, Firenze ed in altre città d'Italia.

Per oltraggio ad un medico.

La Suprema Corte di Cassazione ha deciso su di un ricorso avanzato da tal Murocchio, condannato, per oltraggio contro il medico condotto di Nusco, dott. Domenico Vicedomini, dal Tribunale di S. Angelo dei Lombardi, che aveva rimandato l'estensione di un referto di lesioni a dopo più accertata verità.

La Corte ha accolto il ricorso, affermando che il Tribunale, come già il Pretore, commisero un errore giuridico dichiarando che il medico condotto è pubblico ufficiale. Nella stessa sentenza la Corte stabilisce però che l'ufficiale sanitario è pubblico ufficiale.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali (24) L. Pozzi, resp.

Anno XXV. *Roma, 19 maggio 1918* Fasc. 20.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE
Direttore: Prof. S. BELFANTI.

Della diagnosi batteriologica nella dissenteria (1).

Prof. ALBERTO ASCOLI,
direttore dell'Istituto di Igiene Veterinaria
della R. Università di Modena.

La dissenteria anche in questa guerra torna a dare — come nelle precedenti — del filo da torcere alle nazioni belligeranti. Per tacere delle stragi, non traducibili in cifre, verificatesi, ad esempio, nella Serbia invasa, basta ricordare che quest'autunno le cifre settimanali registrate dalla Sanità pubblica in Germania si elevarono a parecchie migliaia, con una mortalità piuttosto alta: così, ad es. (cito a caso dalla *Deutsche Med. Wochenschr.* del 1917), in Prussia soltanto furono denunciati nella prima settimana di settembre 5267 casi con 670 morti, e nell'ultima settimana di ottobre le denuncie erano ancora più di 1400 con 268 morti. I casi di dissenteria denunziati nell'anno 1917 tra la popolazione civile del solo Regno di Prussia furono 58.196 con 7076 decessi. Queste cifre denotano lo stato di esaurimento del nemico nostro più potente e fanno intravedere le condizioni ben più gravi in cui devono trovarsi i suoi alleati, l'Austria, la Bulgaria e specialmente la Turchia.

Anche da noi i focolai endemici preesistenti in certe plaghe si sono ridestati e diffusi, in proporzioni che non ci è dato di precisare, ai militari. Era naturale perciò che rifiorissero le osservazioni cliniche, epidemiologiche e bat-

(1) Relazione letta nella seduta del 20 aprile della Società Medico-Chirurgica di Modena.

teriologiche sulla dissenteria e si riaccendesse il dibattito sulla eziologia del morbo.

Ma mentre ci è voluto poco a mettere praticamente fuori di discussione la forma tropicale amebica, solo per un certo numero di focolai finora si è riusciti a formulare la diagnosi di dissenteria bacillare per la quale si richiede che i criteri epidemiologici, i sintomi clinici caratteristici (colica con premiti e tenesmo, scariche striate di sangue) ed i reperti anatomo-patologici della colite vengano corredati dalla documentazione eziologica del bacillo dissenterico.

Così facendo si applica alla dissenteria il postulato della conferma batteriologica richiesto per l'accertamento del colera asiatico e si subordina la diagnosi di dissenteria bacillare alle direttive imperanti e sperimentate con successo nella profilassi anticolerica.

Ma questa esigenza è essa giustificata? La diagnosi di dissenteria bacillare può forse essere formulata senza il responso positivo del batteriologo? Il voler subordinare quella a questo non ci conduce per avventura a complicare anzichè a semplificare il problema profilattico?

Ecco le domande che mi sono poste ed alle quali credo di poter rispondere, in quanto che la risposta ad esse è strettamente connessa con le nostre conoscenze sull'agente eziologico della dissenteria.

Cominciamo anzitutto col chiederci quale è la finalità degli accertamenti batteriologici nella profilassi anticolerica. Essi in ultima analisi mirano a scoprire i portatori di vibrioni colerigeni — sieno essi ammalati, convalescenti o apparentemente sani — per arginare la propagazione del colera col loro tramite; ed a questo compito essi rispondono pienamente perchè l'isolamento del vibrione colerigeno dalle feci è un'operazione facile per la semplicità dei metodi di ricerca, per la classicità dei caratteri del germe così profondamente diverso dai microbi abituali della flora intestinale. Grazie a queste peculiarità gli esami delle feci nel riguardo del colera rispondono egregiamente ad una finalità diagnostica ed insieme profilattica.

Ma nella dissenteria possono le indagini batteriologiche compiere una funzione di questo genere? La diagnosi batteriologica della dissenteria poggia essa, come quella del colera, su basi granitiche? O non vi regna piuttosto uno stato tale di incertezza da renderci dubitosi così nell'accordare come nel negare ad un germe l'attributo di dissenterigeno?

Perchè, è inutile dissimularlo, alla sindrome clinica così tipica della dissenteria non corrisponde un reperto batteriologico uniforme e costante come nel colera.

Nella diagnosi batteriologica della dissenteria la guerra ha finito col creare un tale caos, una tale anarchia, che è bravo chi riesce a raccapezzarcisi. Come non bastassero i vari tipi di dissenterici, Shiga, Flexner, Strong, Y, di pseudo- e paradissenterici Kruse, ai quali si sono aggiunte le varie specie di b. Morgan, vengono segnalati continuamente nuovi germi atipici, o perchè intermedi tra i gruppi già esistenti, o perchè dotati di inattese proprietà fermentative, sicchè i microbiologi o deliberatamente abbattono le barriere faticosamente erette tra i dissenterici e il coli, o inavvertitamente incespicano nella comune flora intestinale. Tale è il discredito che così viene gettato anche sui bacilli classici della dissenteria, che batteriologi dell'ultima ora vogliono incanalare le ricerche verso nuovi bacilli capsulati, destinati a travolgere tutto l'edificio eziologico solidamente costruito prima della guerra.

Che meraviglia se in simili condizioni la Direzione di Sanità germanica, limitando le indagini batteriologiche ai primi casi, ha disposto recentemente che le misure profilattiche non si debbano più far dipendere dal responso del batteriologo, ma attuare in tutti i casi in cui l'aspetto delle feci giustifica la diagnosi di dissenteria?

Dobbiamo dunque proclamare il fallimento della diagnosi batteriologica della dissenteria? Prima di dichiararlo ci corre l'obbligo di esaminare la situazione per giudicare se è realmente insostenibile o soltanto ingarbugliata, ma ancora rimediabile.

* * *

Allo stato attuale delle nostre conoscenze la sindrome clinica che è designata col nome di dissenteria non è contrassegnata da un reperto batteriologico unico come lo richiedono i postulati di Koch. Accanto ai focolai nei quali si trovano i bacilli del tipo Shiga o Flexner o simili, che rispondono pienamente a tutte le esigenze, anche a quella della capacità di riprodurre la malattia, altri focolai — e non sono pochi — non forniscono germi tipici, ma bacilli che se ne scostano più o meno e si avvicinano piuttosto al gruppo del b. coli.

Questi germi sono da considerarsi come agenti dissenterigeni delle epidemie in cui furono isolati, o come coli atipici che fanno parte della comune flora intestinale?

Certo la constatazione fatta da batteriologi provetti della frequenza di questi germi, intermedi tra i dissenterici classici ed il b. coli, nelle scariche dissenteriche non ci permette di scartare *tout court* l'asserzione di un rapporto di causa ad effetto tra questi germi e il processo dissenterico.

Se il bacillo classico della dissenteria, quello sulla cui entità eziologica non si possono nutrire più dubbi, fosse un germe a caratteri fissi, matematici, come il vibrione colerigeno o il b. del tifo, l'attribuire funzione dissenterigene a germi che si scostino sensibilmente dal tipo classico equivarrebbe a sdoppiare, anzi moltiplicare, la eziologia di una unità clinica, quale è la dissenteria endemica.

Ma per i bacilli dissenterici il criterio batteriologico è più elastico: già tra i varî tipi — che sono accettati come sicuramente dissenterigeni dai batteriologi più esigenti — esistono caratteri differenziali per ciò che riguarda la fermentazione degli zuccheri, l'agglutinazione con i sieri specifici; modificazioni profonde si osservano *in vitro* non solo di quelle proprietà che separano un sottogruppo dall'altro, ma anche di quelle che devono costituire come le barriere tra il gruppo dissenterico e il gruppo del coli; con giochetti di prestigio si possono togliere o ridonare ai germi le loro funzioni biologiche caratteristiche.

Sapendo d'avere a che fare con una specie o delle specie così mutevoli, con caratteri così volubili, come possiamo irrigidirci in formule analoghe a quelle che valgono per il vibrione colerigeno o per il bacillo del tifo? Dove possiamo attingere la sicurezza per negare la nostra fiducia ai reperti coscienziosi che ci segnalano come dissenterigeni dei germi ben discosti dai tipi originariamente accettati come membri del gruppo dissenterico?

D'altra parte non è chi non veda l'insidia che un'eccessiva larghezza nell'accogliere come dissenterigeni dei germi non più nettamente differenziabili dai bacteri del coli tende al concetto nosologico della dissenteria. Si arriva senza volerlo, come il Seligmann, a far derivare i dissenterici dai coli, il che in ultima analisi vorrebbe dire che la dissenteria può essere il prodotto di caratteri acquisiti dal *bacterium coli* in determinate condizioni: da questa concezione alla negazione della profilassi antidissenterica poco ci corre.

E allora bisogna ritornare sui propri passi, poichè, incamminandoci sulla via delle concessioni, non sapremmo più dove arrestarci ed arrischieremmo di compromettere anche le nozioni ben fondate che possediamo sulla dissenteria. Le indagini batteriologiche fortunatamente ci hanno fatto mettere la mano su un gruppo di bacilli dissenterici che sono nettamente differenziabili dal gruppo del coli. Questi dissenterici ineccepibili utilizziamoli come fili conduttori, imperniamo intorno ad essi la ricerca batteriologica nella dissenteria. Ecco quello che propongono batteriologi provetti, come il Nicolle in Francia ed il Levi della Vida da noi. Se questa ricerca di bacilli dissenterigeni superiori ad ogni sospetto presentasse difficoltà insormontabili, allora sì, ma allora soltanto, avremmo diritto di respingere le loro esigenze pienamente giustificate dal punto di vista batteriologico.

Ora, a giudicare del cospicuo numero di focolai nei quali la ricerca di dissenterigeni con tutte le qualifiche richieste dà risultati positivi, il reperto ineccepibile è tutt'altro che eccezionale. Le probabilità di riuscita crescono poi con l'allenamento del batteriologo e la prontezza nell'allestimento delle ricerche. Anzi, la Direzione di Sanità in Germania annette tanta importanza alle modalità di prelievo e di trasporto delle feci, che, con una recente disposizione, ha stabilito che i batteriologi debbano iniziare le indagini sul posto. Che una maggiore dimestichezza coi dissenterici classici, una lavorazione più spiccia, accrescano le probabilità di successo nella ricerca di un germe così capriccioso, non deve meravigliarci. Il Levi della Vida riuscì a portare così la percentuale dei risultati positivi al 75 e più per cento, e il Friedemann, capo del reparto infettivo dell'ospedale Virchow, potè battere anche questo *record* facendo gli strisci su piastra direttamente col muco prelevato dalla S. iliaca, e ottenendo così risultati positivi su tutta la linea.

Nella maggior parte dei casi si dovrebbe riuscire dunque, più o meno faticosamente, ad isolare dei dissenterigeni classici dai focolai indiziati come dissenterici e a far collimare sindrome clinica e reperto batteriologico. Praticamente il trovare anche in un solo caso di un focolaio sospetto dei germi dissenterigeni classici ci autorizzerà al responso che si tratti di dissenteria bacillare.

***

Ma quale giudizio formuleremo nel caso che la ricerca affannosa dei comuni dissenterici ci lasci in asso? Se, facendo astrazione dalla pratica del prelevamento dalla S. iliaca, dobbiamo ammettere che in tutte le epidemie un certo numero di casi esaminati coi comuni metodi d'indagine non forniscono germi senz'al-

tro inquadrabili nel gruppo dei dissenterici, possiamo noi escludere l'esistenza di focolai nei quali, per circostanze speciali, i casi che rientrano nei quadri prestabiliti formano la maggioranza o la totalità?

Quando le lamentele sulla insufficienza della diagnosi batteriologica raggiungono proporzioni tali da indurre una Direzione di Sanità a circoscriverne il raggio di azione, quando batteriologi provetti — come il Kolle in Galizia — riconoscono la infruttuosità della ricerca di dissenterigeni classici in focolai sulla cui natura dissenterica non si possono sollevare dubbi, è giocoforza concludere che le indagini più accurate ed i tecnici più esperti sono talvolta impotenti a suffragare col reperto dei dissenterigeni noti, nonchè il dubbio, la certezza desunta dai dati clinici ed epidemiologici.

È qui che i batteriologi si scindono in due campi: quelli che in assenza di germi tipici si rassegnano alla lacuna lasciata aperta dal mancato responso e gli altri che si affannano a riempirla a qualunque costo. Si può dar torto a questi ultimi se, non trovando i tipi comuni, cedono alla tentazione di considerare come dissenterigeni i germi isolati di volta in volta dalle feci esaminate? I batteriologi di scuola gridano al sacrilegio, protestano contro questa tendenza. Eppure non è naturale — direi istintivo — l'ammettere un rapporto di causa ad effetto tra i germi che si isolano dalle scariche e il processo dissenterico, specie quando la reazione di Widal positiva rafforza questa tendenza?

Il contrasto fra i due campi si fa acuto e diventa quasi un dissidio insanabile quando i germi isolati hanno troppi dei caratteri del b. coli. I batteriologi dottrinali che giurano nel verbo e nei postulati di Koch insorgono contro coloro che, non preoccupandosi di dogmi, osano qualificare come dissenterigeni dei germi che sconfinano nel gruppo del b. coli.

Da che parte sta la ragione? Dobbiamo schierarci con gli uni o con gli altri? Non è proprio possibile tentare di gettare le basi di un accordo dal quale abbia a profittare la ricerca batteriologica nella dissenteria?

Non si accorgono i sostenitori delle due tendenze che è ugualmente dannoso irrigidirsi nelle vecchie formule, quanto avventurarsi troppo nella zona di confine verso il b. coli? Deve ritenersi proprio come accidentale la frequenza insolita di pseudocoli nelle scariche dissenteriche? A che pro, d'altronde, considerarli senz'altro come dissenterigeni finchè mancano i mezzi per distinguerli nettamente dai microbi della flora intestinale normale?

Perchè — si badi bene — l'esporsi a considerare come dissenterigeni dei banali *bacterium coli* è ben più grave pericolo che rassegnarsi a lasciare in sospeso l'eziologia di un certo numero di focolai di dissenteria.

All'infuori di ogni formula scolastica, lo sforzo, anche se non è sempre coronato da successo, di ricondurre la dissenteria a una causa unica, risponde ad una concezione non meno lodevole dell'accanimento nel trovare, purchessia, l'agente causale. L'ostinazione nella ricerca del bacillo dissenterico Shiga ha questo di buono, che imprime un indirizzo preciso alle indagini batteriologiche, e si studia di conservare alla diagnosi batteriologica quel l'unità che logicamente dovrebbe far riscontro ad un quadro morboso così unitario quale è appunto la dissenteria.

È questo, a parer mio, il fulcro della questione: la dissenteria endemica delle nostre plaghe, dal punto di vista della eziologia, è, come da quello clinico ed epidemiologico, da considerarsi un'entità morbosa unica, o si dà il caso curioso che la stessa forma infettiva può essere provocata da agenti diversi?

Sul pensiero di coloro che, dando un bell'esempio di costanza e coerenza, tendono tutte le loro energie di ricercatori verso il gruppo dissenterigeno dello Shiga, non si possono nutrire dubbi.

Ma quelli che descrivono nuovi bacilli dissenterici si rendono essi conto della ripercussione che i loro reperti hanno sulle fondamenta stesse della diagnosi batteriologica nella dissenteria? Non parlo di coloro che, come lo Csaplewski, vogliono orientare la ricerca batteriologica nella dissenteria verso nuovi orizzonti, aperti dalla loro scoperta di bacilli capsulati: prima di seguirli dovremo sincerarci sulle loro attitudini alla ricerca batteriologica.

No, io mi rivolgo alla schiera numerosa dei Morgan, dei Castellani, dei Schmitz e domando loro: Pensate voi proprio che gli agenti causali nella dissenteria sieno tanti quante sono le specie da voi descritte?

Nessuno dubita dei vostri reperti, corretti dal punto di vista della tecnica e della sistematica batteriologica. Ma quale interpretazione dobbiamo dare dal punto di vista eziologico a tante specie di bacilli descritte come dissenterigene? La dissenteria è per voi una designazione, un nome dato ad una sindrome clinica che può essere provocata da microbi diversissimi? Vi associate allo Seligmann nel

farli derivare da un capostipite comune, il b. coli della flora normale dell'intestino?

Non voglio credere questo. Sono troppo solide oramai le fondamenta sulle quali è stato eretto l'ente nosologico della dissenteria bacillare per raderlo al suolo. Ma praticamente le disquisizioni teoriche sulla genesi del bacillo dissenterico dal b. coli e le descrizioni di nuovi tipi dissenterigeni indisciplinati che non rientrano nei quadri esistenti non rischiano di condurci appunto a quella anarchia nella diagnosi contro la quale insorgono gli scolastici, perchè essa provoca provvedimenti come quello adottato dalla Direzione di Sanità in Germania, che suonano sfiducia alle indagini di laboratorio nella dissenteria?

I reperti di sempre nuovi germi non rispondono dunque, almeno globalmente, alle finalità diagnostiche alle quali tendono, perchè urtanto contro le diffidenze e i preconcetti invincibili di coloro che si rifiutano di attribuire funzioni dissenterigene a dei batteri coli-simili, e di ammettere un pluralismo eziologico nella dissenteria bacillare; nè possono avere forza persuasiva finchè lo spettro del b. coli ci rende scettici nel riconoscere in essi dei microbi dissenterigeni specifici.

Questa legittima esitazione non deve però varcare certi limiti se non vuol cadere nell'eccesso opposto di esclusioni ingiustificate. Non dimentichiamo mai che l'instabilità dei caratteri è purtroppo una prerogativa del gruppo dissenterico! E se noi ritorcessimo contro questi esclusivisti il loro stesso scetticismo e chiedessimo: quali prove avete per assegnare con certezza questi germi al gruppo del coli?

* * *

Ma il contrasto tra le due correnti non è per avventura più apparente che reale? Possibile che non sia balenato a molti batteriologi il sospetto che il bacillo dissenterico ci giochi dei tiri birboni, camuffandosi in modo da non lasciarsi riconoscere! Se noi ci atteniamo strettamente ai connotati che sono segnati come sue note caratteristiche rischieremmo forse di lasciarcelo sfuggire come un delinquente che riesce a sottrarsi alle ricerche truccandosi abilmente.

Riconoscere dunque il bacillo dissenterico sotto le mentite spoglie, ecco la vera difficoltà, anzi le vere difficoltà, perchè si tratta di avere il fiuto giusto prima, di scoprire il trucco poi.

Nella ricerca del bacillo dissenterico si tiene abbastanza conto di simili truccature di cui un germe di una fisionomia così mutevole deve ritenersi capace?

I metodi correnti, preoccupati di differenziarlo dal b. coli per non trovarsi tra le mani invece del dissenterigene ricercato un volgare abitatore dell'intestino, sono fondati appunto su determinate note caratteristiche, specialmente sulle proprietà fermentative del gruppo dissenterico, perchè così si fa più presto ad escludere il gruppo del coli.

Ma le azioni fermentative sono proprietà immanenti o sono suscettibili di trasformazioni? Se i dissenterici possono spogliarsi di certi attributi o fregiarsene secondo che loro talenta e l'ambiente lo richiede, i metodi correnti lasceranno passare inosservati tanti e poi tanti dissenterigeni, che è piuttosto da meravigliarsi come la ricerca sia coronata da successo in tanti casi!

Molte volte la deroga dai connotati è così lieve e la flagranza così evidente, che il dissenterico viene riconosciuto come tale, ma classificato come atipico, come intermedio, come pseudo-, para- o metadissenterico. Non mi è capitato proprio di questi giorni di vedere descritto e fatto oggetto di un lavoro poderoso per mole un germe dissenterico designato, per certe sue peculiarità, come bacillo «Schmitz»? Dopo averlo studiato ben bene con occhio sospettoso, perchè mi pareva di ravvisarvi nè più nè meno l'autentico bacillo di Shiga, finalmente in una noticina insignificante in calce ad una pagina ho visto registrata l'azione tossica caratteristica dello Shiga e confermato il mio sospetto. Chi volesse guardare ben addentro nella bibliografia quanti ne troverebbe dei bacilli Schmitz! Perchè non chiamarli tutti col loro vero nome di bacillo Shiga?

Che succederebbe se noi scrutassimo bene addentro nei sottogruppi Flexner, Strong, Hiss, Kruse, che si sostengono a mala pena su dei dettagli di fermentazione e di agglutinazione che alla luce delle nostre odierne conoscenze non possono più considerarsi come note caratteristiche patognomoniche?

Non vi pare plausibile che si possa o si debba trattare sempre dello stesso germe che «*muta nome perchè muta lato*»? Non è un controsenso creare dei sottogruppi perchè un bacillo di una determinata epidemia non è agglutinato dal siero antidissenterico, o perchè non fermenta la mannite, quando sono più che giustificate le riserve sull'infallibilità di tali criteri. A me non solo è capitato di poter qualificare come dissenterici Shiga dei bacilli che non erano affatto agglutinati dal siero antidissenterico solito, bensì rispondevano a sie-

ri agglutinanti propri; ma ho assistito poi in laboratorio alla graduale acquisizione da parte loro di nuove proprietà agglutinanti che coincidevano con quelle di ceppi trapiantati per lustri in laboratorio. Ora questa trasformazione non deve scuotere la fede in suddivisioni, fondate su proprietà così precarie? D'altra parte, la uniformità alla prova dell'agglutinazione, acquisita con il trapianto, in ceppi provenienti da focolai del mondo intero, non è un argomento formidabile in favore della tesi unicista? Se l'ambiente ed i mezzi di laboratorio sono capaci di ridurre ad un tipo unico di bacillo dissenterico, dovremmo meravigliarci se adattamenti speciali nei varî focolai conducono a variazioni e varietà, nel bacino del Mediterraneo o al fronte occidentale, che si battezzano poi come altrettante specie?

Credete proprio che in queste creazioni di sottogruppi non c'entrino per nulla le diversità nella preparazione dei terreni colturali e nella lettura dei risultati? Io temo assai che la composizione dei reattivi ed il modo come vengono interpretate le reazioni lascino ancor troppo margine alle tendenze dei ricercatori di assecondare o contrariare questo o quel capriccio del germe.

Dovremo dunque aggrapparci al tossico dissenterico come elemento differenziale tra dissenterici e pseudodissenterici quando il Pribram ci dimostra la presenza in questi di una azione tossica insospettata finora?

Sia pure — mi sento obiettare da qualche batteriologo ortodosso — noi siamo pronti a rinunziare alle sottili distinzioni in *acid e non acid strains*, in gruppi tossici e non tossici, in tipi Flexner, Strong, Hiss, Kruse, ecc., per accedere alla tesi del tipo unico, ma ad un patto: che sia stabilita una linea di demarcazione ben netta di esso verso il b. coli, contrassegnata, ad es. — come vogliono il Castellani ed il Levi della Vida — dalla produzione di gas nel glucosio. Ora, che la produzione di gas nell'agar glucosato sia il mezzo sovrano per eliminare il gruppo del coli, io non lo nego; tanto è vero che me ne valgo anch'io come agevolazione nella ricerca.

Ma, a costo di sentirmi tacciare di eresia, devo confessare che non mi sento di dare l'ostracismo assoluto ad un dissenterigeno soltanto perchè pruduce gas nel glucosio. Checchè ne pensino gli ortodossi, chi si è imbattuto, come me, nei suoi studi in germi i quali, provenienti da scariche dissenteriche e riallacciabili — grazie alle indagini di laboratorio — ai bacilli classici, sono dotati di mobilità e capaci di produrre gas nell'agar glucosato, non può fare il viso dell'armi ad un dissenterigeno perchè ha, poco o tanto, i caratteri del coli.

Dalla mia esposizione traspare tuttavia la convinzione ben salda in me, che la dissenteria endemica delle nostre regioni è una forma infettiva causata dal bacillo scoperto per primo dallo Shiga. Nell'interesse appunto della diagnosi batteriologica, irta talvolta di difficoltà, vorrei messi in opera tutti i mezzi che possono servire a scoprire l'agente eziologico non di rado trasfigurato dai suoi adattamenti all'ambiente. Dove i procedimenti ed i criteri soliti non bastano si deve avere il coraggio di abbandonarli: pari all'ardimento del ricercatore nel battere nuove vie deve essere però l'abilità sua nel soddisfare all'obbligo che gli incombe, di identificare o connettere il suo reperto con quello classico. Quel batteriologo — sia esso ortodosso o eretico, poco importa — che all'atto pratico è capace di quest'opera tutt'altro che semplice di collegamento tra dissenteria bacillare e bacillo di Shiga, deve avere tutto il nostro plauso, qualunque siano le vie — magari traverse — per le quali riesce a condurre a compimento la non facile impresa. Al di sopra delle formule e dei dogmi egli avrà ben meritato della profilassi antidissenterica specifica, che non tarderà a richiamare la nostra attenzione, come si è già imposta a quella dei nostri avversari.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo alla terapia della pustola maligna e edema maligno.

Dott. LIVIA LOLLINI.

La mia permanenza, come assistente medico-chirurgo, nel reparto Isolamento del Policlinico, mi ha offerto occasione, unitamente all'aiuto prof. Ricciuti, cui devo consigli nell'indirizzo curativo, di seguire il decorso clinico, e studiare i resultati della terapia di ventisette casi di carbonchio, fra cui venticinque di pustola maligna e due di edema maligno, non sottoposti antecedentemente all'ingresso ad alcuna cura. Mi apparve di interesse scientifico e pratico raccogliere tali appunti in breve nota; scientifico perchè abbiamo portato un piccolo contributo alla valorizzazione della terapia generale specifica, pratico perchè viene dimostrata la possibilità della sua applicazione, indipendentemente dalla cura locale, nella maggioranza dei casi di carbonchio, una fre le più temibili malattie del lavoro, per l'insidiosità della sua insorgenza.

I casi da noi osservati sono tutti casi di *carbonchio da inoculazione*, dovuti cioè alla penetrazione dei germi attraverso la cute con formazione di pustola maligna, o di edema maligno, con sicuri caratteri obbiettivi e clinici, e spesso con reperto culturale su agar positivo. Fra i primi nessuno ci giunse nel primissimo periodo di macula rossa, ma o la macchia ecchimotica era già trasformata in vescicola a contenuto ematico, o la rottura di questa aveva prodotto escara, o i tessuti circostanti presentavano infiltrazione cellulare diffusa e imbibizione sierosa, o le ghiandole linfatiche regionali erano ingorgate, e vi erano strie linfangioitiche. I fenomeni generali in alcuni casi mancarono del tutto, in altri furono tenui, solo febbre, in due gravi, tali da rivelare una forma setticoemica.

I criteri terapeutici da noi seguiti furono l'esclusione di ogni terapia generale e locale, se si eccettuano impacchi caldo-umidi di soluz. fisiologica sulla regione colpita, nei casi lievi privi di reazioni generali, e dove l'ubicazione della vescicola emorragica o pustola, dito, braccia, dava affidamento della scarsa diffusibilità dei germi; la sieroterapia in tutti gli altri, praticata per iniezioni ipodermiche in dosi giornaliere di siero di 20 cmc. sino a miglioramento generale e locale; in un sol caso di edema gravissimo del collo e del torace minacciante asfissia, *iniez. endovenosa*. Il siero da noi usato fu quello dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Riassumo brevemente le storie cliniche, facendo cenno appena dei casi più leggieri:

CASO I. — C... G..., anni 48, pastore. Entra nel marzo 1917. Escara nera ricovrente il dorso del naso, edema duro delle guancie. Coltura su agar: bac. anthracis. Condiz. generali: temperat. 38°.4. Delirio. Urine: assenza albumina e zucchero. Cura: Impacchi soluz. fisiol. Iniez. ipodermiche 20 cmc. siero. Iniezioni eccitanti. Le condizioni si mantengono stazionarie per due giorni, dopo di che il decorso è apirettico, ma persiste per qualche giorno agitazione. Iniezioni di siero per tre giorni. Esito: guarigione.

CASO II. — A... L..., anni 45, pastore. Entra in aprile. Escara nera guancia sinistra. Edema del viso. Ingorgo ghiandolare preauricolare. Temperatura il primo giorno raggiunge 39°. Cade dopo tre giorni per crisi. Terapia: siero specifico. Impacchi. Esito: guarigione.

CASO III. D... P..., anni 30, contadino. Entra nel maggio. Pustola maligna guancia sin. Leggere elevazioni temperatura. Sieroterapia: Esito: guarigione.

CASO IV. — I... A..., anni 54, pastore. Entra il 1° giugno. Escara sopraioidea sin. Edema duro collo e reg. anter. torace. Colture: bac. anthracis. Decorso febbrile. Sieroterapia. Persiste a lungo infiltrazione del collo per cui viene dimesso dopo un mese. Rientra nel mese successivo per adenite sottomascellare per cui si pratica iniezione. **Esito: guarigione.**

CASO V. — P... A..., anni 49, contadina, giugno. Due pustole maligne fronte. Edema notevole tessuti circostanti. Decorso febbrile. Sieroterapia. Impacchi. Esito: guarigione.

CASO VI. — D... B..., anni 36, pastore, giugno. Escara guancia sin. Edema guancia. Coltura: bac. carbonchio. Decorso febbrile. Sieroterapia. Esito: guarigione.

CASO VII. — I... G..., anni 13, pastore, luglio. Pustola maligna guancia. Coltura: bac. di Davaine. Decorso febbrile. Sieroterapia. Esito: guarigione.

CASO VIII — M... E... Si è ferita tagliando grasso di bue, agosto. Flittena nerastra prima falange pollice sin. Infiltrazione tessuti circostanti. Coltura: bac. del carbonchio associato a stafilococco. Fenomeni generali assenti. Terapia: Impacchi soluz. fisiologico. Esito: guarigione.

CASO IX. — D... E..., anni 17, agosto. Piccola perdita superficiale di sostanza guancia, con edema duro notevole guancia. Non fenomeni generali. Terapia: Impacchi soluz. fisiol. Esce guarita dopo 5 giorni.

CASO X. — P... D..., luglio. Pustola maligna guancia. Non fenomeni generali: Terapia: impacchi. Esce guarita.

CASO XI. — P... M..., agosto. Escara nera prima falange anulare sin. Dito coperto da vasta flittena nerastra. Edema mano. Coltura positiva per il carb. Assenza fenomeni generali. Impacchi. Guarigione.

CASO XII. — D... G..., pecoraro, agosto. Pustola maligna reg. temporale destra. Edema duro. Decorso febbrile. Sieroterapia. Esce guarito.

CASO XIII. — B... B..., anni 18, bovaro, agosto. Escara nera guancia. Edema duro. Coltura positiva. Decorso febbrile. Sieroterapia. Guarigione.

CASO XIV. G... C..., anni 60, luglio. Numerose vescicole disposte a circolo all'angolo est. occhio sin. Edema duro guancia. Palpebre edematose grigiastre semitrasparenti. Anche sulle palpebre piccole vescicole. Stato generale piuttosto grave: Agitazione cefalea. Decorso febbrile. Coltura positiva. Sieroterapia. Impacchi. Per la caduta dell'escara delle palpebre residuo ectropion palpebra inf.

CASO XV. — C... M..., agosto. Zona escarificata superficiale reg. sopra-ioidea. Edema duro esteso. Coltura positiva. Decorso febbrile. Sieroterapia. Guarigione in decima giornata.

CASO XVI. — M... A..., anni 16, contadino, agosto. Pustola maligna collo. Edema duro. Coltura positiva. Decorso febbrile. Sieroterapia. Guarigione.

CASO XVII. — M... P..., anni 33, cantoniere delle ferrovie. Flittena di colorito oscuro sul polso destro. Strie linfangioitiche. Coltura positiva. Decorso afebbrile. Impacchi. Guarigione.

CASO XVIII. — O... G..., anni 38, settembre. Pustola maligna. Edema duro. Decorso afebbrile. Terapia: impacchi. Guarigione.

CASO XIX. — O... S..., settembre. Pustola maligna guancia. Decorso afebbrile. Terapia: impacchi caldo-umidi. Guarigione.

CASO XX. — S... R..., settembre. Pustola maligna avambraccio. Decorso afebbrile. Terapia: Impacchi. Guarigione.

CASO XXI. — L... G..., anni 54, contadino, settembre. Due pustole maligne mento e collo. Edema duro guancia e collo. Condizioni generali gravi. Cefalea intensa. Lingua arida. Polso 120. Temp. 38°-39°. Organi interni nulla. Urine normali. Terapia: iniez. ipodermiche di siero. Iniez. eccitanti. Condiz. generali invariate per una settimana. Temperatura elevata con lievi remissioni cade in decima giornata. Epistassi. Esito: guarigione.

CASO XXII. — C... P... Pustola palpebra. Decorso afebbrile. Terapia: Impacchi. Esito: guarigione.

CASO XXIII. — M... V..., anni 21, pecoraio. Pustola guancia. Edema duro. Decorso leggermente febbrile Sieroterapia. Impacchi. Guarigione.

CASO XXIV. — S... P..., anni 47, contadino. Pustola maligna collo. Edema diffuso collo petto. Eritema erisipelatoso. Decorso febbrile. Terapia: Siero. Impacchi. Guarigione.

CASO XXV. — P... B..., anni 56, bovaro. Flitema oscuro ricorrente anulare sinistro. Edema mano. Coltura: bac. di Davain. Decorso afebbrile. Terapia: Impacchi. Guarigione.

CASO XXVI. — G... T..., bovaro. Escara nera dorso naso, narici. Edema duro. Eritema erisipelatoso. Decorso febbrile. Sieroterapia. Guarigione.

CASO XXVII. — P... A..., pecoraio, agosto. Due giorni prima del suo ingresso in ospedale era comparso punto rosso sulla guancia sin. e eritema erisipelatoide su infiltrazione dura. Fu praticata incisione dal medico locale. E. O. Edema duro guancia d. Piccola escara in avanti del trago. Coltura positiva per il carbonchio. Condiz. generali gravi. Stato di agitazione. Lingua arida. Polso 125 aritmico. Temp. raggiunge 39°.5. Vomito. Urine: traccia di albumina. Zucchero assente. In 1ª giornata iniez. ipoderm. di 20 cmc. siero. Si ripetono le iniez. quotidianamente. Condiz. si mantengono gravi. In 5ª giornata l'edema duro è diffuso al collo alla parte ant. torace ove è rilevantissimo, tale da deformare a guisa di gibbo il torace. Difficoltà respiratoria: respiro stenotico per edema della glottide. Si pratica *iniezione endovenosa* di 20 cmc. siero. Si sorveglia l'infermo per eventuale tracheotomia. In 6ª giornata l'edema è diminuito. Condiz. generali migliorate. Urine: scomparsa albumina. Organi interni normali. La febbre cade in 11ª giornata. Persiste infiltraz. dura del collo e ingorgo glandole regionali. Dopo 20 giorni dall'ingresso si incide adeno-flemmone preauricolare destro. Ripetuti sbrigliamenti della reg. laterale del collo nel mese successivo. Guarigione.

Dalla disamina delle storie cliniche surriferite noi possiamo sicuramente trarre le seguenti deduzioni:

1° Possono essere senza timore abbandonati alla *guarigione spontanea* i casi di carbonchio da inoculazione con scarsa infiltraz. regionale e assenza fenom. generali.

2° Ogni *terapia locale è inutile;* eccezion fatta degli impacchi caldo-umidi di soluzione fisiologica. Trascurando di considerare gli altri mezzi usati nel passato, specie polverizzazioni di sublimato, applicazioni di pomata mercuriale, iniezione iodio e ac. fenico, le quali ultime espongono i tessuti a necrosi temibili, e i caustici potenziali; la cauterizzazione con il ferro rosso o con il Paquelin ha un valore solo abortivo: quando essa aggredisce la pustola maligna nel suo stadio assolutamente iniziale distruggendo direttamente i germi: ma simile distruzione negli stadi più avanzati allorchè v'è formazione di escare e edema periferico e ingorgo glandole non è possibile se non con profonde e vaste incisioni da evitarsi per l'estetica e la funzione (palpebre). E i casi di pustola ed edema avanzati sono quelli che in maggioranza sono sottoposti all'osservazione e alla cura del medico o clinico.

3° La cura *generale specifica* in forme gravi di edema maligno con fenomeni setticoemici, ha fatto migliorare rapidamente l'infermo. La sieroterapia anticarbonchiosa, qualunque sia il suo meccanismo d'azione, può quindi essere usata esclusivamente in tutti i casi di carbonchio.

4° Sono da evitarsi assolutamente le incisioni che possono venire praticate per non scusabili errori diagnostici. Esse favoriscono la penetrazione dei germi nei tessuti circostanti come dimostra il grave caso di edema maligno surriferito n. 27.

Roma, febbraio 1918.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Sulla circolazione encefalo-midollare fisiologica e sul liquido cerebro-spinale.

(F. Pedrazzini. *L'Ospedale Maggiore*).

L'autore ha compiuto uno studio minuto ed accurato, sotto il punto di vista fisiologico e ricco eziandio di ricordi anatomici, sulla circolazione dei centri nervosi e sul liquido cerebro-spinale. Inizia le sue ricerche, corredate di esperienze personali, sui seni venosi e sulla pressione endocranica, venendo alla conclusione che non tutti i seni venosi sono ugualmente influenzati da essa: alcuni sono indeformabili, qualunque sia la pressione, mentre altri si comportano in senso inverso. Tra i primi è il seno longitudinale superiore, i seni laterali, che insieme costituiscono le vie venose della volta, e la parte posteriore del seno retto prossimo al torcular: sono al contrario deformabili i seni cavernosi, i petrosi inferiori e la porzione anteriore del seno retto. Questi fatti ci dicono che, quando la pressione aracnoidea è forte, l'uscita del sangue dalla cavità cranica scema, o cessa dalle vie più brevi, che lo conducono direttamente al cuore, e si compie solo per la via indiretta e più lunga dei canali della volta.

Però nei forti aumenti di pressione, volgendo tutto il sangue della cavità cranica al seno longitudinale superiore ed ai seni laterali, potrebbe accadere che la capacità di essi fosse insufficiente. Occorrevano quindi degli sbocchi supplettori e questi sono costituiti dalle lacune del Faivre, le quali non sono che dilatazioni ampollari, a cavità areolare, situate nello spessore della dura madre, lungo il decorso del seno longitudinale superiore e dei laterali.

Inoltre nel primo di questi, e di preferenza sulle pareti inferiori, esistono briglie membranose, spesso situate in direzione obliqua e fenestrate, le quali formano degli ostacoli, che trattengono la corrente sanguigna, ne riducono la forza e la velocità.

Nei casi di idrocefalo, di tumori intracranici, di meningite, aumentando la pressione endocranica, si fa più attivo il lavoro delle vene emissarie per quel sangue che il seno non è più capace di accogliere e che da esso rigurgita nelle lacune di Faivre, per cui vediamo le vene estracerebrali ingrossate e turgide. Le suesposte considerazioni, utili nei forti aumenti di pressione endocranica, sono più facile causa di alterazioni in casi di diminuita pressione e di debolezza del circolo venoso endocranico; donde la trombosi marantica molto più frequente nel seno longitudinale superiore e nei seni laterali.

L'Autore passa quindi allo studio della circolazione linfatica. Questa non possiede nel cervello vasi propri: la linfa, che qui è sinonimo di liquido cerebro-spinale, è contenuta nelle guaine linfatiche perivasali e negli spazi pericellulari.

Le prime sono costituite da una esilissima membrana connettiva, circondante a manicotto le arteriole e corrispondente alla tonaca esterna, od avventizia, staccata dalla media.

Quando in un tubo elastico viene esercitata una pressione intermittente, una parte della energia impulsiva si esplica in un aumento della velocità della corrente, ed un'altra parte è spesa per vincere la elasticità della parete del tubo. Però, allorchè cessa l'impulso e le pareti del tubo tornano sopra sè stesse, in ragione della forza elastica prima immagazzinata aumentano la pressione sul liquido e così rendono in parte l'energia che avevano ricevuta. Nel caso del tubo elastico inguainato e circondato da un liquido, anche il liquido interposto assume un certo grado di pressione, che varia colle fluttuazioni di quella della corrente interna. Se poi il liquido interposto compie dei movimenti, una parte dell'energia comunicata dalle azioni elastiche si spende in lavoro meccanico.

Anche il fatto che le arterie cerebrali corticali decorrono nei solchi delle circonvoluzioni ed entro la sostanza nervosa e le vene nella pia madre, in contatto del liquido cerebro-spinale, deve essere considerato, perchè è diversa la condizione fisica di un vaso sanguigno, che traversa un organo, od un tessuto, da quella di un vaso sanguigno circondato da un liquido spostabile. Quindi nel distendersi delle arterie, le guaine non potendosi ugualmente espandere, il liquido degli spazi endolinfatici perivasali sarà premuto.

Poco però vi è di preciso e di definito intorno alla natura, alla produzione, al riassorbimento, alle cause dei movimenti del liquido cerebro-spinale. Non pochi ritengono che, essendo il liquido cefalo-rachidico contenuto in una cavità chiusa, sia in ogni punto dominato da uguale pressione: così pensando, si trascura l'azione della gravità, mentre invece la pressione di gravità, od idrostatica, costituisce nella pressione del liquor un elemento importante, ma variabile. A seconda della posizione del soggetto e della sede della puntura, ora può

esserne il fattore predominante, ora ridursi ad un valore trascurabile. Affinchè quindi le misurazioni della pressione del liquor sieno fra di loro comparabili, è avanti tutto necessario che siano eseguite rigorosamente in una determinata giacitura del soggetto e di preferenza nella orizzontale. In questa, essendo trascurabile la pressione idrostatica, il quesito può ridursi a cercare da che dipenda la pressione del liquido cefalo-rachidico nella posizione orizzontale del soggetto.

Le ricerche crioscopiche, che possediamo sul liquor, non sono tali da fornirci un criterio sufficiente sul valore dell'elemento osmotico nella pressione di esso liquido. Per questo occorrerebbero le stesse indagini praticate nella determinazione crioscopica dell'urina per lo studio della permeabilità renale.

Inoltre la pressione osmotica del liquor esigerebbe di essere studiata tanto in paragone di quella del sangue carotideo affluente, quanto del sangue giugulare defluente. Molto meno ci servono le poche determinazioni della tensione superficiale e della conducibilità elettrica, per cui il coefficiente osmotico rimane oscuro.

Nella puntura lombare, eseguita sull'uomo sano in posizione orizzontale, il liquido esce a gocce staccate, perchè subisce delle oscillazioni di pressione e dei movimenti, in rapporto colle sistoli cardiache e colle respirazioni. Nella cavità cranica, per reazione della teca ossea rigida ed inestensibile, l'aumento di pressione, che tenderebbe a prodursi per effetto dell'onda arteriosa, non avrebbe modo di compensarsi e la deformazione vasale non potrebbe avvenire. Ma l'aumento di pressione della cavità cranica trova uno sfogo nel canale vertebrale, ove viene compensato dall'uscita di una uguale quantità di sangue e dalla cedevolezza e compressibilità dell'adipe perimeningeo, per cui la deformazione vasale può compiersi e si ripercuote sul liquido delle guaine. I ventricoli cerebrali d'altra parte, mentre rappresentano delle vere camere di sicurezza negli aumenti successivi di pressione, sono riserbati a funzionare come tali in condizioni abnormi e patologiche, onde presentano al loro ingresso delle resistenze, che non sono vinte dalla pressione fisiologica del liquor.

L'impulso ricevuto da questo negli spazi endolinfatici per tensione elastica di tutte le arterie e delle guaine racchiuse nel sacco aracnoideo si comunica al liquor stesso, ed essendo l'aumento della pressione elastica endocranica maggiore dell'aumento della pressione rachidica, la differenza di pressione produce un'onda sistolica, che dalla cavità cranica si propaga a mano a mano alla vertebrale: ad essa segue, in opposta direzione, un'onda diastolica. Inoltre, coll'aumento della forza aspirante dell'orecchietta nella inspirazione e colla sua diminuzione nella espirazione, varia la pressione dei tronchi venosi intratoracici. Varieranno quindi le sezioni di questi vasi e tenderanno a variare le sezioni delle vene ad essi affluenti. Le variazioni devono ripercuotersi sulla pressione del liquor e sulla tensione dei suoi involucri, la quale è in rapporto colla massa complessiva dei vasi immersi nel liquido. Riassumendo: Le oscillazioni del liquor dipendono tutte da azioni elastiche vasali; le oscillazioni sistoliche dipendono dall'azione del ventricolo; le oscillazioni respiratorie dall'azione dell'orecchietta sotto la influenza del respiro e dell'aspirazione toracica: tutte hanno la loro manifestazione materiale prevalentemente nello speco, ove trovano il compenso.

Già Leyden aveva osservato che col dissanguamento dell'animale la pressione del liquor cade a zero. L'abolizione completa dei movimenti e la discesa della pressione, avutasi immediatamente colla morte dei cani per la cessazione dei battiti del cuore e del respiro, dimostrano che anche la pressione costante del liquido cerebro-spinale non è una pressione statica, ma una pressione comunicata dalla tensione elastica vasale pel turgore medio dei vasi durante la circolazione fisiologica. Colla morte dell'animale, venendo a mancare il turgore medio d'essi, si annulla la pressione ed allora non restano che i puri e semplici fenomeni idrostatici.

A cranio chiuso il cervello non è soggetto a scuotimenti pulsatori. Per il fatto della sua immersione nel liquor, ad ogni pulsazione al suo interno corrisponde immediatamente, per trasmissione del liquido stesso e ripercussione del sacco elastico meningeo, un'azione uguale e contraria al suo esterno, quindi la massa cerebrale rimane imperturbata.

Quando vi è una soluzione di continuo del cranio, limitata da tessuto cedevole, le oscillazioni di pressione del liquor provocano in questa dei cedimenti pulsatori, fino a che la capacità della sacca esterna giunge a compensare tutta la deformazione elastica vasale endocranica. Se colla soluzione di continuo del cranio sono lese le meningi ed il sacco aracnoideo è aperto, la somma degli urti dell'onda arteriosa sulle pareti vasali, non controbilanciata dalla reazione elastica del sacco meningeo, si esplica sul cervello come un vero e proprio scuoti-

mento; allora soltanto il polso cerebrale può essere paragonato al polso degli altri organi.

Venendo poi alle indagini sulla tensione del sacco aracnoideo ed ai movimenti del liquor, in base alle sue esperienze l'autore conferma che il sacco aracnoideo, pieno del proprio liquido, resta in uno stato di tensione elastica. Perciò quando si punge, si incide il sacco aracnoideo, e vi si introduce una cannula, per modo che sia posto in comunicazione coll'esterno, le pulsazioni delle arterie, che si traducono in un aumento di volume, creano uno spostamento del liquido, il quale tende a fuoriuscire. Uscendo quella piccola quantità, che corrisponde alla costrizione di volume del sacco, la tensione di esso si annulla ed il liquido resta semplicemente sotto la propria pressione idrostatica. Allora le espansioni vasali non sono più risentite dall'involucro meningeo, che è divenuto incapace di reazioni elastiche e le oscillazioni del liquido cessano sull'apparecchio registrante. L'A. non è alieno dal pensare che in casi patologici, esistendo aderenze, ispessimenti diffusi, che irrigidiscano il sacco aracnoideo spinale, abbiano essi da riuscire causa di disturbi circolatorî nell'asse nervoso e di sofferenze per il malato, che forse non hanno una esatta interpretazione. Da tutto ciò emergono considerazioni pratiche.

Sapendosi che l'apertura del sacco aracnoideo lo scarica dallo stato di tensione ed espone l'encefalo alle scosse delle pulsazioni e degli urti del corpo, nei casi di lesioni craniche o spinali, con ferita della leptomeninge, fino a che non siasi ristabilita la continuità di questa membrana e la funzione idraulica del sacco aracnoideo, debbono tenersi i pazienti nella assoluta immobilità e, dovendoli trasportare, occorre che siano usate le migliori cautele, per evitare loro gli scuotimenti e le vibrazioni. Se insieme colle ossa è lesa la dura madre, ma la continuità dell'aracnoide è rimasta integra, ad onta della mancanza in quella parte dello strato osseo e durale resistenti, il sacco meningeo può rimanere in tensione. E poichè da ciò dipendono il compiersi del circolo sanguigno e linfatico in modo fisiologico e la protezione meccanico-idraulica dell'asse nervoso cerebrale, si provvederà all'asepsi ed alle altre indicazioni terapeutiche eventuali, con somma cura di rispettare l'aracnoide. Accostati i lembi della dura, affinchè più prontamente e nel miglior modo si ripristini lo strato contentivo, evitando di comprimere la delicata polpa cerebrale, si cercherà di proteggere artificialmente la parte in modo che le fluttuazioni di pressione del liquor, le quali per la mancanza dello strato resistente tenderebbero a compensarsi, inducendo dei cedimenti nella superficie di aracnoide scoperta e minacciando così la compagine della esile membrana, trovino adeguata ritenzione.

Seguono alcune brevi considerazioni sulle azioni derivanti alle arterie ed alle vene cerebro-spinali dal ventricolo sinistro del cuore, alle vene encefalo-midollari dall'orecchietta destra, ed al liquido cerebro-spinale dal ventricolo e dall'orecchietta, considerazioni che sono dettate dal minuto esame della funzione cardiaca da sola, di essa e della funzione respiratoria insieme.

Il liquor, raccolto nel sacco aracnoideo chiuso, per il suo rinnovamento deve essere riassorbito. Come le arteriole ed i capillari cerebrali, per le loro speciali condizioni fisiche, dànno l'idea di un filtro, che dal torrente circolatorio versa il filtrato nel sacco aracnoideo, così le vene prive di strato muscolare, esilissime, in contatto col liquido cerebro-spinale sotto pressione, ed aventi nel loro lume una pressione sanguigna minore, si presentano come un secondo filtro, che riprende il liquido dal sacco aracnoideo e lo ridona al torrente circolatorio.

Quindi un'anormale permeabilità, lo sviluppo irregolare e sproporzionato dei vasi, i disturbi circolatorî apporteranno delle alterazioni nella quantità del liquor.

Una estesa nota bibliografica sull'argomento chiude lo studio dell'autore. CIUFFINI.

CHIRURGIA.

La scelta del metodo operativo nel cancro del retto e del colon.

(CHARLES H. MAYO. *Annals of Surgery*, febbraio 1917).

Costituisce uno dei problemi più seri e più interessanti: serio perchè, se non asportato, il male porta sicuramente a morte, di solito con grandi sofferenze; interessante, per le molte considerazioni con esso coinvolte, che influenzano la decisione sulla qualità dell'intervento, come la sede della zona cancerosa, l'estensione di essa, la complicazione di una malattia locale o generale, la possibilità di una disseminazione per contatto nell'interno dell'addome. Il malato intelligente di solito cerca di sapere se v'è un altro metodo di cura che non il chirurgico; quale il rischio dell'intervento; quali le probabilità di guarigione assoluta; se persisterà la continenza fecale, ecc. Recentemente gran chiasso ha sollevato nel trattamento del can-

cro l'uso del radio; ma al giorno d'oggi esso è limitato a casi speciali o inoperabili; se si fa eccezione dall'epitelioma dell'ano, assai di rado può competere colla cura chirurgica.

Operabilità. — È questione importantissima: se in una clinica essa è mantenuta alta, anche la mortalità sarà alta; e l'inverso quando l'operabilità è bassa, perchè, se sono scelti solo i casi migliori, il rischio sarà minore. Cripps eseguì operazioni radicali per cancro del retto in meno del 25 % dei casi. I Mayo nel 1911-16 operarono il 53% dei casi spingendosi nell'ultimo triennio al 71,8%. Nè si trattò di operazioni limitate, come è dimostrato dal fatto che in 6 casi fu praticata anche l'isterectomia totale, in 12 fu asportata la parete posteriore della vagina, in 6 la parete posteriore della vescica; in 11, parte o tutta la prostata, con una o ambedue le vescichette seminali, e in 6 una o più anse del tenue: asportazioni rese necessarie tutte dall'estensione del male.

Mortalità. — Sui 753 pazienti della clinica fu praticata l'operazione radicale in 430 con mortalità operatoria generale del 15,5%: e, precisando essa fu del 17,8 prima del 1910, del 17,7 (operabilità 51 %) nel 1910-1912, del 12,5 (operabilità 71,8) nel 1913-1915.

Sembra che il sistema linfatico del crasso sia assai meno attivo che quello del tenue: per questa ragione il cancro resta localizzato per un tempo relativamente lungo. Inoltre la metastasi per linfatici è influenzata dall'età: infatti nei vecchi il cancro resta localizzato più a lungo che nei giovani. In un considerevole numero di autopsie di morti di cancro del retto non operato fu constatato che la causa della morte era stata la perforazione, la peritonite o l'ostruzione e scarsissima o nulla era l'invasione glandolare.

La questione dell'operabilità e dei probabili rischi dell'intervento può spesso esser risolta da un esame generale. D'altra parte in molti casi è necessaria una laparotomia esplorativa per giudicare l'opportunità di una operazione radicale.

Prognosi. — Dei pazienti operati un terzo visse 3 anni o più e 28,3% cinque anni o più: sottraendo la cifra di mortalità naturale rispetto all'età, queste percentuali divengono rispettivamente 37,5 e 35,8.

La questione della continenza fecale deve esser considerata da parecchi punti di vista. Le colostomie, addominali o perineali, sono molto diverse a seconda che il sigma è o no eliminato: poichè il lato sinistro del colon è assai ricco di muscolatura e dopo passata la flessura splenica non esiste impedimento allo scarico dell'intestino, il paziente senza controllo anale e con l'esclusione dell'ansa sigmoide si troverà assai meglio con un ano addominale che con uno perineale; mentre che se, pur con la perdita dell'ano, può esser mantenuto il sigma, il controllo sarà possibile, eccetto che nel caso di intensi movimenti peristaltici. Se il cancro è basso e il paziente è obeso, o vi sono altre speciali ragioni, può essere scelta l'operazione perineale, senza esplorazione addominale. Con la tecnica moderna, del resto, sono possibili varie forme di colostomia addominale in cui è dato ottenere una discreta continenza, ed è permessa l'esplorazione addominale. Senza dubbio una considerevole percentuale di operazioni di Kraske, senza esplorazione addominale, furono fatte su pazienti che non avevano possibilità di guarigione a causa di metastasi interne. Ancora, molti degli insuccessi riguardo alla stabilità della guarigione nelle operazioni precoci furono dovuti alla mancanza di esplorazione, e agli sforzi eccezionali fatti per mantenere la posizione dell'ano normale o posteriore. L'A. crede che molta parte dei progressi ottenuti nella chirurgia del cancro del retto è venuta dall'esplorazione addominale e dalla colostomia anteriore col sacrificio di una vasta zona in blocco del viscere malato, poichè lo scopo principale dell'intervento è la guarigione definitiva, senza preoccuparsi troppo del controllo dell'emissione delle feci.

Mentre la riunione dell'intestino resecato non è seguita da stenosi se praticata entro l'addome, questa si forma in pratica sempre, se la riunione è extraperitoneale, e richiede molto sforzo per mantenere il lume intestinale, specie se v'è un buon controllo dello sfintere anale.

Riguardo all'estensione dell'intestino da rimuovere Fagge dice che la malattia può estendersi per 5 cm. oltre il tumore apparente, mentre secondo Handley ciò può avvenire per oltre 10 cm. Questi del resto sono casi avanzati e ogni singolo caso deve esser trattato secondo le sue esigenze.

Nel trattamento chirurgico delle lesioni maligne i progressi moderni sono dovuti alla diagnosi precoce e all'estendersi dell'operazione radicale. La recidiva locale richiede l'esplorazione.

Il termine « cancro rettale » è applicato a tutti i tumori impiantati fra l'ano e la parte bassa del sigma. Anatomicamente circa gli ultimi 35 cm. appartengono al canale anale che è tappezzato di epitelio pavimentoso. Circa il 6% dei cancri del retto sono trovati in questa zona: epiteliomi e diffusioni di adenocarcinomi dal basso retto. Un epitelioma localizzato assai pre-

coce può esser trattato con successo con l'escisione e con la distruzione del cauterio. Se il tumore è più esteso necessita l'operazione di Cripps, di escissione dell'ano, che include la rimozione delle ghiandole inguinali.

Dal canale anale alla parte intraperitoneale dell'intestino si trova il basso retto, nel quale si ebbero il 24 % dei tumori maligni della regione, di solito adenocarcinomi, la forma comune del cancro rettale. Le operazioni di Cripps, Quenu, Tuttle e Hartmann, con o senza rimozione del coccige, sono stati i comuni metodi operatori; talora stirando in basso il retto superiore attraverso il canale anale privato della mucosa, per suturarlo all'esterno, per il mantenimento della posizione normale dell'espulsione delle feci, o più comunemente portandolo in superficie nella posizione prima occupata dal coccige.

Il retto superiore si estende fino al punto d'unione del retto e signa di contro alla terza vertebra sacrale. Il processo di Kraske include una rimozione più estesa della parte bassa del seno con il coccige, un trapianto più alto della parte terminale dell'intestino, e una asportazione più estesa del retto.

L'operazione per cancro del retto e rettosigma dovrebbe essere eseguita in due tempi. Se col processo addominale la sezione dell'intestino sopra il tumore può essere fatta in un punto che lasci almeno 1 cm. ½ o più di retto intraperitoneale, e l'area malata da asportare non è troppo grande, da impedire l'avvicinamento dei due capi intestinali sezionati, può essere fatta una resezione con mantenimento del controllo delle feci: un grosso tubo di caucciù viene inserito nell'apertura del capo prossimale dell'intestino e ad esso attaccato con una sutura a borsa di tabacco; quindi è passato dall'alto nel retto e fatto uscire per l'ano; i due capi intestinali, ravvicinati, vengono quindi riuniti con un triplice piano di sutura, restando così affondato nel lume intestinale il tubo di caucciù, che serve a convogliare le feci, le quali non verranno affatto a contatto con la sutura. Lo sfintere anale è temporaneamente rilassato mediante una sezione anteriore col cauterio, e il tubo è suturato con catgut all'ano e mantenuto per una settimana.

Il cancro del retto e sigmaretto, che non può essere rimosso radicalmente mantenendo la parte distale dell'intestino endoperitoneale, è al meglio trattato con l'esplorazione addominale, la colostomia addominale permanente, e una rimozione alla Kraske di tutto il retto fatta una settimana più tardi: operazione in due tempi.

Il cancro del basso sigma che si estende fino al rettosigma è ben trattato col metodo di Mikulicz: disinserzione dal mesentere ed esteriorizzazione dell'ansa malata attraverso l'incisione laparotomica, fissandola con una sutura al peritoneo parietale. Dopo pochi giorni, il tratto malato viene esciso col cauterio, lasciando aperti ambedue i capi intestinali, il superiore dei quali funge da colostomia temporanea. Tra il 2° e il 4° giorno è talvolta necessario, prima dell'amputazione del tumore, di pungere l'ansa estroflessa, per farne uscire i gas. In alcuni casi l'amputazione può essere primaria tenendo serrati i due capi intestinali per qualche giorno con un klemmer. Dopo 8-10 giorni dalla prima operazione si applica una pinza a pressione a lunghe branche, insinuando una delle due branche in ognuno dei due capi intestinali: la pressione viene gradualmente aumentata stringendo di giorno in giorno la pinza; la quale di solito al quinto giorno ha usurato la parete divisoria, venendosi a costituire una enterostomia. Una o parecchie settimane più tardi, secondo il caso, la fistola esterna può esser chiusa. Questa operazione in tre tempi è uno dei metodi più sicuri per la quantità di tessuto malato che si asporta; essa inoltre previene la cattiva tenuta di una sutura intestinale.

In casi speciali Bloodgood ha ottenuto lo stesso risultato in una operazione in un tempo solo resecando il tumore, anastomizzando l'intestino con una sutura laterale, facendo capitare i monconi di resezione sotto l'incisione laparotomica, così da aprirli se fosse necessario. L'A. ha ottenuto lo stesso praticando, dopo l'escissione una sutura termino-laterale, portando vicino all'incisione addominale (non attraverso il muscolo) il capo rimasto libero del sigma, che era stato chiuso con una borsa di tabacco, e che non è aperto se non per una eccessiva tensione di gas.

L'operazione combinata perineale e addominale eseguita in un tempo solo è metodo assai radicale, ma soggetto ad alta mortalità, dal 20 al 36 %. Questa è stata un po' abbassata da Cripps facendo la dissezione pelvica per via addominale, poi chiudendo l'addome, e, per via posteriore elevando subito il retto e il sigma, non tagliando l'intestino per due o tre giorni.

Con notevole sicurezza l'A. ha operato sezionando il sigma dall'addome, facendo un ano addominale permanente, e, dopo chiuso il capo distale del sigma, invaginandolo nello spazio pelvico, ricoprendo la pelvi con tessuti rivestiti di peritoneo e con lembi peritoneali. La rimozione totale del retto e della parte bassa del

sigma è fatta dopo una settimana, attraverso una incisione perineale alla Kraske. Con questo metodo nel secondo intervento non viene affatto aperta la cavità addominale.

SEBASTIANI.

MEDICINA LEGALE.

Congiuntiviti provocate con nitrato di piombo.

Contributo clinico, istopatologico e sperimentale.

(Dott. ERNESTO PAPARCONE, libero doc., maggiore medico R. Marina (Riserva Navale). *Annali di Ottalmologia e Clinica Oculistica*, a. XL).

L'A. ha avuto occasione di osservare parecchi casi di congiuntiviti provocate mediante lo strisciamento di *capocchie di cerini* sulla mucosa.

Il quadro clinico di tali congiuntiviti, finora mai da nessun altro menzionate, è molto caratteristico e tipico, tale che non si può scambiare questa strana forma con alcun altro genere di congiuntivite.

E questa caratteristica consiste in ciò che la superficie congiuntivale si presenta cosparsa di numerosi punti d'infiltramento di colorito bianco-grigiastro; punti d'infiltramento che, a volte, confluiscono talmente da formare delle piccole chiazzettine: a volte, si ha l'impressione come se sulla congiuntiva si fosse praticato un tatuaggio con sostanza bianca. La porzione di congiuntiva infiltrata è ben delimitabile, alquanto sollevata dalla restante congiuntiva sana, da cui è separata da contorni netti, contorni che, in alcuni casi, sono bizzarramente frastagliati, dendritici.

Quasi sempre, in mezzo a questi punti bianchi d'infiltrazione, qua e là, si vedono dei piccoli granuli rifrangenti, come semolino: dei pseudo-tracomi.

Le palpebre (nei casi osservati si constatarono sempre congiuntiviti provocate alle palpebre superiori) si presentano leggermente più spesse del normale: ciò nonostante esse sono facilmente trattabili e rovesciabili, perchè il loro spessore è dovuto alla congiuntiva, che, oltre alle alterazioni su dette, è anche più o meno edematosa e succulenta; mentre, si sa, che nel tracoma l'aumentato spessore delle palpebre è dovuto ad ingrossamento del tarso, che provoca discreta resistenza nell'arrovesciamento delle palpebre medesime.

La cute è integra; solo, a volte, appena arrossata; mai però tanto intensamente come si vede in altri casi di congiuntiviti, in quelle, per esempio, provocate con ipecacuana, semi di ricino, ecc.

Non si ha produzione di pseudo-membrane, non ulcerazioni, non si constata compartecipazione, al processo, della cornea; nè dell'iride. Mai vi è abbondante secrezione: ordinariamente, al mattino, si trova solo scarsa secrezione raccolta verso l'angolo interno. Mai si constata tumefazione dei ganglii preauricolari.

Queste speciali congiuntiviti, dopo più o meno lungo tempo, a volte dopo parecchi mesi, senza alcun trattamento, guariscono, e non lasciano, quasi, alcuna traccia. I punti d'infiltrazione, a poco a poco, si riassorbono, spariscono. E l'epitelio appare integro; e il colorito della congiuntiva ridiventa normale: non residuano che cicatrici sottili, per vedere le quali, a volte, si deve ricorrere all'ausilio di una lente d'ingrandimento.

In tutti i casi non si ha mai inidoneità al servizio militare. Accertata la natura della congiuntivite i militari possono riprendere subito servizio, non essendo pericolosi di contagio, non presentando alcun sintomo inabilitante, non avendo bisogno di cure.

All'esame istologico delle sezioni l'A. notò: alterazioni a carattere eminentemente infiltrativo; alterazioni necrotiche, sopratutto a carico dell'epitelio, che presenta tutti gli stadi di disgregazione protoplasmatica; rigonfiamento degli elementi endoteliali dei vasi sanguigni e linfatici, nonchè rigonfiamento e degenerazione jalina del connettivo di alcuni tratti del chorion.

Caratteristica è l'esistenza, nel *chorion* della mucosa, di depositi di cristalli minutissimi, variamente disposti.

L'A. potè venire a capo che queste congiuntiviti vengono provocate strisciando la capocchia di cerini sulla mucosa: e se ne assicurò provocando con questa manovra la stessa lesione, tanto negli animali (conigli), che nell'uomo. E potette inoltre stabilire che lo speciale caratteristico infiltramento era dovuto al nitrato di piombo, uno dei componenti della pasta per cerini, e non al fosforo, e non al biossido di piombo, altri componenti nocivi della pasta medesima.

Perchè i cristalli di nitrato di piombo sono, di forma, di grandezza, identici a quelli rinvenuti nelle sezioni; perchè trattando le sezioni con soluzione acquosa d'idrogeno solforato i cristalli depositati nel *chorion* della mucosa si colorano in nero, per formazione di solfuro di piombo; infine perchè toccando col fosforo o col biossido di piombo la congiuntiva non si ha alcuna lesione, mentre toccandola col nitrato di piombo si riproduce la caratteristica infiltrazione bianca della mucosa.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Palermo.

Seduta 2 febbraio 1918.

Un caso di morte da aneurismi della carotide e della giugulare, secondari ad autolesione otitica (Acido nitrico).

Prof. SANTI PUSATERI. — Il caso molto raro caduto sotto la mia osservazione sembrami degno di nota anzitutto per il processo anatomo-patologico sviluppatosi a carico del sistema vasale arterioso e venoso, ed in secondo luogo per il rapporto patogenetico con le autolesioni otitiche.

Trattasi di un soldato della classe 1879 sul cui gentilizio e sulla cui anamnesi remota nulla era di rilevabile ed il quale l'8 maggio del 1917 essendo prossima a scadere la sua licenza agricola, e dovendo quindi far ritorno alla fronte, si cacciò dell'acido nitrico dentro l'orecchio destro. Seguì febbre alta, vomito, vertigine, cefalea e dolore acuto alla mastoide destra. Diciassette giorni dopo si manifestò paralisi del facciale a d. ed otto giorni più tardi si iniziarono perdite imponenti di sangue dall'o. d. e dal naso, prima di colorito rosso scuro e dopo rosso rutilante. Le otorragie e rinorragie cessarono quasi spontaneamente nello spazio di un mese, mentre persistette scarsa otorrea.

Il 6 ottobre successivo essendo stato il paziente sottoposto all'*exanteratio cavi timpani*, furono asportate numerose granulazioni dalla cassa timpanica e dalla parete inferiore del condotto osseo: risultò assenza della catena degli ossicini. La secrezione dell'orecchio non cessò, ed il tessuto di granulazione presto si riprodusse.

Subita la rassegna, il paziente era sul punto di esser dimesso dall'ospedale con una lunga licenza, quando il 21 novembre si ripete otorragia venosa e si iniziò febbre a 38°.5. La notte dal 25 al 26, durante una profusa rinorragia, egli con perdita della coscienza spirò, appunto sei mesi e mezzo dopo l'inizio dell'autolesione otitica.

All'autopsia risultò che causa della morte era stata la rottura di due aneurismi formatisi a livello del bulbo superiore della vena giugulare e della carotide interna, in corrispondenza delle pareti inferiore ed anteriore della cassa. Fu constatata erosione della faccia anteriore della rocca a livello della volta del canale carotideo, e corrispondentemente, sulla faccia interna della dura madre, una tenue raccolta purulenta, a carta geografica, estendentesi anteriormente verso la fossetta cerebrale media e posteriormente verso la cerebrale posteriore, ove raggiungeva il cervelletto. Asportati gli aneurismi, a livello della cassa timpanica risultò un'ampia escavazione costituita dalla fusione in unica cavità del canale carotideo e della fossa giugulare, ed ingrandita ancora a spese della parete labirintica.

Questa era in parte sostituita da un tessuto di nuova formazione molliccio, il quale a sua volta si estendeva in alto verso il *tegmen timpani* senza però approfondirsi nell'orecchio interno, le cui formazioni apparivano di aspetto normale.

Il caso assume una speciale importanza: 1° perchè dimostra in modo evidente le vie di propagazione del processo necrotico e suppurativo della cassa attraverso le sue pareti, inferiore ed anteriore, ai due vasi importantissimi vicini, donde in un primo tempo le emorragie per le erosioni delle loro pareti. Il processo sembrava si fosse attutito con esito clinicamente non sfavorevole, quando in seguito alle erosioni vasali complicate dai fatti suppurativi si iniziò la formazione dei due aneurismi, dal continuo accrescimento dei quali veniva usurata la faccia anteriore della rocca con conseguente leptomeningite purulenta. Questa avrebbe condotto a morte il paziente, se a ciò non fossero arrivati in precedenza i due aneurismi, con la loro rottura.

2° Il caso dimostra ancora che fra le cause di morte nelle complicazioni otitiche è da considerare anche quella dovuta alla formazione ed alla rottura di aneurismi dei vasi aventi rapporti di vicinanza con la cassa, e svoltisi in un processo acuto auricolare; essendo che a tutt'oggi era semplicemente noto che solo nelle suppurazioni auricolari datanti da anni fosse possibile la morte per erosione, con conseguente emorragia, della vena giugulare o della carotide interna.

3° Il caso presente messo in rapporto con un altro simile riferito l'anno testè scorso dal professore Agazzi, nel quale la morte avvenne per leptomeningite diffusa ed ascessi disseminati subcorticali nell'emisfero cerebrale destro (in seguito alla necrosi del laberinto), è degno ancora di rilievo per il fatto che il grave processo otitico non superò la barriera opposta dalla parete labirintica, nonostante in un primo tempo la catena degli ossicini, caduta in necrosi, fosse stata eliminata. Pertanto rimasero pressochè inalterati gli organi contenuti nell'orecchio interno, ciò che in vita si poteva presumere in base al risultato degli esami funzionali dell'apparecchio di percezione e del vestibolare non acustico.

Prima della guerra le lesioni intenzionali dell'orecchio risultavano provocate su altre persone a scopo delittuoso, raramente per accidente. La guerra attuale con i conseguenti delitti sulla propria persona ai fini di esimersi dal servizio militare, ha dimostrato che l'orecchio viene scelto a preferenza di altri organi, molto probabilmente perchè in generale il pubblico ed anche certi medici credono ancora le malattie e le lesioni dell'orecchio di una importanza trascurabile.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sintomi clinici e trattamento dell'ipertrofia timica.

Nell'ipertrofia del timo (C. Greene Cumston, *Edinburgh med. Journal*, luglio 1917) si hanno: 1) sintomi funzionali in forma di disturbi respiratorî che attirano l'attenzione, e 2) segni fisici che debbono venire espressamente ricercati.

Sintomi funzionali. — La dispnea e lo sforzo ispiratorio possono aversi anche in altre malattie infantili. Nei bambini con ipertrofia timica, si osserva aumento di dispnea, con sforzo inspiratorio quando il capo è esteso, oppure con l'uso di un abbassa-lingua. Durante lo sforzo inspiratorio si ha una proiezione dello sterno all'innanzi, una diminuzione del diametro trasverso toracico ed un aumento della circonferenza inferiore; tali deformazioni possono essere permanenti.

Piuttosto frequenti sono i parossismi di soffocazione, prevalentemente notturni, con successiva cianosi.

Talora, unitamente agli altri sintomi, si hanno spasmo della glottide e laringite stridula. Lo stridore viene riferito da alcuno alla compressione causata dall'ipertrofia, da altri invece alla malformazione della laringe.

Caratteristico è l'aspetto del malato con cianosi della faccia, intensa soprattutto durante gli accessi, ma anche negli intervalli.

Si deve ricordare la distensione delle vene superficiali del collo, evidentemente in seguito a compressione da parte del timo ipertrofico.

La palpazione e la percussione rivelano altri segni, quali p. es. l'incurvamento anteriore del manubrio sternale.

Quando però si tratta di lieve deformità, oppure il grasso sottocutaneo maschera le ossa, tale segno non si distingue bene ed occorre allora ricorrere alla palpazione ed alla percussione. Quest'ultima va fatta più in alto del limite superiore dell'area sterno-costale, proprio sotto la clavicola, andando dalle spalle verso lo sterno. Si troverà un'area di ottusità circondata da una stretta area di minore ottusità.

Un altro mezzo diagnostico è la pressione retrosternale fatta mettendo il polpastrello dell'indice sulla fossa retrosternale e cacciandola dietro il manubrio dello sterno. Con questa manovra cessa lo stridore, poichè si costringe all'in basso il polo superiore del timo.

Generalmente l'ascoltazione è negativa, mentre la radiografia costituisce talora un ottimo mezzo diagnostico.

Quanto al trattamento si può ricorrere talvolta alla intubazione (affatto inutile nell'asfissia) ed alla tracheotomia che talvolta è efficace.

L'intervento chirurgico d'urgenza consiste o nella esotimopessia, o nelle resezioni del manubrio sternale, o nella timectomia.

L'esotimopessia è insufficiente a portare la guarigione dell'ipertrofia, quando è considerevole; la resezione del manubrio sternale rappresenta solo un passo per la resezione o la timopessi. La timectomia è invece l'operazione di scelta, da eseguirsi mediante la enucleazione intracapsulare. La timectomia parziale offre la migliore probabilità di successo, con pericoli relativamente lievi. Si ha in seguito una deplezione del timo e notevoli miglioramenti.

Anche la radioterapia può esser utile, ma gli AA. non hanno sufficiente esperienza in proposito. *ini.*

Il nanismo timico.

Le moderne conoscenze sulla importanza delle glandule endocrine sullo sviluppo organico hanno dato nuovo impulso allo studio del nanismo. Krabbe (*Ugeskrift for Laeger*, agosto 1917, rif. in *British Medical Journal*) ha recentemente pubblicato un caso di nanismo, che egli attribuisce a disfunzione del timo. Si tratta di una ragazza nata nel 1899 e ammessa la prima volta in ospedale nel 1914 con la diagnosi di mixedema: allora essa presentava sintomi di insufficienza pluriglandulare. Più tardi questa diagnosi fu modificata. Appena nata la ragazza pesava chilogrammi 3.75: fu allattata al seno materno per il primo anno. Nessuna malattia degna di rilievo in famiglia. Mise il primo dente a nove mesi e cominciò a camminare a diciotto mesi. A questa età aveva le gambe arcuate, ma ciò malgrado a due anni camminava benissimo. Mentalmente non si dimostrò per nulla precoce: a sei anni cominciò ad andare a scuola. All'età di 15 anni era alta 111 cm. e non era ancora mestruata. Rispetto alle gambe il tronco era lungo, del resto tutto il corpo era piccolo e mal proporzionato. La sua espressione era vivace ed intelligente, non c'erano segni di mixedema al volto, che rassomigliava a quello di una donna di 40 anni. I capelli erano scarsi, sottili, morbidi, di colore gialliccio: mancavano i peli alle ascelle ed al pube. Sul cuoio capelluto si

notavano delle chiazze pigmentate della grandezza di una lenticchia. La pelle delle mani e delle braccia era secca e squamosa. La tiroide non era ingrossata e non si notavano all'esame radiologico anormalità del cranio e dei denti.

Gli organi sessuali erano infantili nel settembre 1914, ma nel febbraio 1916 erano sufficientemente sviluppati (aveva praticata per tre mesi una cura di estratto ovarico). Fu anche trattata con adrenalina tiroidina ma senza alcun vantaggio. La reazione di Wassermann era negativa. Non c'erano sintomi di tetania. Tenuto conto che sperimentalmente si è potuto ottenere negli animali il nanismo e la rachitide mediante la timectomia, l'A. ritiene che in questo caso i disturbi di sviluppo siano in rapporto alla deficienza della funzione timica.

L'anomalo sviluppo dei peli confermerebbe questa ipotesi. Del resto nel caso in questione si può escludere ogni altra causa patogenetica.

a. a.

TERAPIA.

Sui purganti.

Indicazioni. — Disidratazione dei tessuti, decongestione di vari organi, stitichezza, parassiti intestinali o corpi estranei.

Controindicazioni. — Nella peritonite, nelle operazioni sull'intestino, nei gradi di estrema debolezza con tendenza al collasso, nella minaccia di emorragie intestinali. I drastici sono controindicati nel periodo mestruale e nella gravidanza, perchè provocano facilmente l'aborto.

La massima parte dei purganti si prendono per os, alcuni per clistere o suppositorio, solo alcuni per via sottocutanea (fisostigmina).

Inconvenienti possono essere vomito, coliche, catarro intestinale e stitichezza.

Secondo l'intensità della loro azione i purganti si distinguono in *aperitivi, lassativi* e *drastici.* A seconda della sede su cui esplicano la loro azione si distinguono in quelli che agiscono sul tenue, quelli ad azione sul colon e quelli infine ad azione combinata. La massima parte dei purganti agisce eccitando la peristalsi per uno stimolo diretto della mucosa.

Gli acidi organici vengono adoperati o come tali o i loro sali: molti frutti agiscono come lassativi appunto per il forte contenuto in acido tartarico ed acido citrico, così il tamarindo, lo sciroppo di fichi di California (Califig), le foglie di senna e l'uva.

Anche il lattosio e la manna hanno azione lassativa.

I *sali inorganici* agiscono specialmente impedendo il consolidamento delle feci trattenendo l'acqua: tra questi i più usati sono il solfato di sodio o il solfato di magnesio, che possono essere adoperati anche per clistere: la dose media è da 10 a 25 gr.

Il citrato di magnesia effervescente è molto meno attivo e più gradito al palato.

La magnesia usta ed il carbonato di magnesia, oltre ad azione antiacida, hanno anche un'azione lassativa.

Un altro purgante molto usato è il *calomelano*: la sua azione si esplica forse per formazione di sublimato: esso agisce su tutto il tratto intestinale: è indicato specialmente quando all'azione lassativa si vuole unire una azione antisettica.

I *fiori di zolfo* agiscono forse per la formazione d'idrogeno solforato, che ha un'azione stimolante la peristalsi del colon.

Il purgante più adoperato è però l'*olio di ricino*: la sua azione si esplica sul tenue per formazione di acido ricinico; l'uso continuato però determina disturbi gastrici e disappetenza: può essere adoperato anche per clistere. Un altro olio grasso di efficacia purgativa molto spiccata è l'*olio di croton*: il meccanismo di azione è analogo a quello dell'olio di ricino. Si deve adoperare molto con cautela e solo per una o due volte, perchè può determinare gastroenteriti acute. Una buona formula di somministrazione è la seguente:

Pr. Olio di croton goccia una; olio di ricino gr. 60.

La podofillina adoperata nella dose di 10-20 cgr. ha un buon effetto lassativo: la sua azione si esplica sul tenue, ma specialmente è un buon colagogo; quindi si ordina nelle malattie epatiche: per una lunga cura è consigliabile in dosi di 1-5 cgr. *pro die.*

La *fenolftaleina* agisce invece sul colon per la formazione del suo sale di sodio che difficilmente si diffonde, e quindi determina una ritenzione di acque: negli adulti in dosi di 10-20 cgr. o giornalmente in dose di 5-10 cgr. Buona parte delle pillole purgative sono a base di fenolftaleina, cito, p. es., i purgen, laxin, purgo, ecc.

L'*aloe* esplica la sua azione specialmente sul colon, però non è consigliabile di adoperarlo a lungo perchè può determinare enterocoliti: ha un'azione emmenagoga, quindi è controindicato durante la mestruazione, nella gravidanza. Molte pillole cosidette depurative sono a base di aloe: si adopera in dosi di 10 cgr. ad 1 gr., per lo più in pillole.

P. A.

Il trattamento della diarrea infantile.

Rosebery (*British Medical Journal,* 15 dicembre 1917) ha adoperato come rimedio della diarrea infantile l'acqua clorata che era stata già indicata come un ottimo disinfettante intestinale nel trattamento del tifo.

L'acqua clorata è così composta:

Clorato di sodio gr. 0.60;
Acido cloridrico gocce XXX;
Acqua gr. 600.

La si adopera in dosi molto piccole secondo la formula seguente:

Acqua clorata gocce IV;
Solfato di chinina centigr. 7;
Salolo centigr. 25;
Mucillaggine gommosa q. b.;
Acqua cloroformica gr. 4.

Si danno due grammi (mezzo cucchiaino da caffè) di questa miscela ogni volta per bambini al di sotto di sei mesi, aumentando la dose per i più grandi proporzionalmente all'età. Durante le prime 24-36 ore si dà una dose (2 gr.) ogni sei ore, poi tre dosi ogni 24 ore fino a sospendere quando le feci ritornano normali.

In aggiunta a questo trattamento si somministrano due volte al giorno da X a XX gocce della seguente miscela:

Olio di ricino gr. trenta;
Olio di uliva gr. trenta;
Tintura di oppio goccia una.

L'oppio anche a dose minima facilita la formazione delle feci e dà il necessario riposo. Può essere praticata quotidianamente anche una lavanda intestinale di siero fisiologico.

Nei casi gravi con depressione, raffreddamento delle estremità, atrepsia, bisogna praticare insieme al trattamento intestinale un trattamento generale energico: bagni senapati, unzione di olio caldo su tutto il corpo, iniezioni sottocutanee di pituitrina (1/6 di cmc.) ripetute 2-3 volte al giorno ad intervalli di quattro ore almeno.

L'acquavite in ragione di X-XX gocce ogni 2-4 ore secondo l'età, è un eccellente tonico dello stato generale.

Nei casi meno gravi la somministrazione di acqua albuminizzata e di decotto di orzo completa efficacemente il trattamento suddetto.

La maggior parte dei piccoli infermi così trattati sono stati messi fuori pericolo in cinque o sei giorni. La convalescenza, spesso molto lenta, è accelerata da un leggero trattamento tiroideo (un cgr. di estratto tiroideo una o due volte al giorno).

Secondo l'autore i risultati di questo metodo sarebbero veramente sorprendenti: su 53 casi si è avuta una sola volta la morte. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(939) Al dott. Rondolini da Villadossola:

1. *Strofantina e digitale.* — Nelle due citazioni (*Policlinico,* sez. pratica, 1918, pag. 156; *Malattie del cuore,* 1917, pag. 416) più che l'uso dello strofanto in generale è controindicato l'uso della strofantina per via endovenosa dopo cure digitaliche nei cardiaci. La ragione della controndicazione risulta dalla conoscenza dell'azione dei due medicamenti sul cuore e dalla peculiare fulminea efficacia della strofantina. È noto che la digitale eccita il vago ed il muscolo cardiaco favorendo la diastole e rinforzando la sistole; essa infatti, quando sia somministrata a dosi medicamentose, diminuisce il numero dei battiti cardiaci ed eleva la pressione. Ma sperimentalmente si ha paralisi del vago, arresto del muscolo cardiaco, si aggiunge una azione vasocostrittrice quando le dosi si elevano fino a divenire tossiche.

Tali effetti si possono ottenere o vedere in embrione quando le dosi di digitale, piuttosto elevate, si ripetano per molto tempo nei malati; i principî attivi della digitale si assorbono lentamente, ma lentamente si eliminano e resistono ai processi d'ossidazione dell'organismo; essi dànno, cioè, fenomeni d'accumulo. Il muscolo cardiaco quindi può venire danneggiato non solo se assoggettato all'azione di forti dosi di digitale, ma di dosi prolungatamente ripetute.

Tali condizioni, prevedute ed indicate in ogni trattato di farmacologia e di terapia, si possono verificare egualmente se alla digitale si fa seguire lo strofanto e più particolarmente la strofantina. Lo strofanto in effetti ha comportamento analogo sui nervi e sul muscolo cardiaco; agisce però più prontamente, e facilmente si elimina. La strofantina per via endovenosa ha il medesimo meccanismo d'azione della digitale, ma in più la sua efficacia è fulminea, poichè lo stimolo è istantaneo e massivo. Se essa trova un miocardio ancora frustato dalla digitale, la sua si sovrappone all'azione della digitale e diviene non uno stimolo tonico, ma un veleno del muscolo; la sperata pronta efficacia curativa si può mutare in un irreparabile danno. Nel trattamento eroico della strofantina, accanto al benefizio, o per lo meno non lontana, può essere l'insidia; la preveggenza e l'oculatezza devono essere rigorose!

2. *Iniezioni endovenose d'ossigeno,* ideate e sperimentalmente praticate dal Gärtner e sull'uomo da noi dal Mariani, possono essere eseguite con un dispositivo abbastanza semplice: un cilindro pieno di ossigeno purissimo è chiuso con un tappo di gomma a due orifizi, di cui

uno comunica con una bottiglia, situata in un piano più elevato, e piena d'acqua; l'altro con un tubo al quale è innestato un ago. Facendo cadere dalla bottiglia contenente l'acqua quantità determinate di liquido nel cilindro dell'ossigeno, il gas sarà scacciato per l'orifizio comunicante con l'ago e quindi può venire inoculato: la quantità di liquido dà esatta nozione delle quantità di ossigeno inoculate.

L'introduzione di ossigeno nelle vene, purchè fatta lentamente e con metodo, può raggiungere grandi quantità.

3. *Tecnica della puntura pericardica per via epigastrica.* — L'istrumento di cui Marfan si serve è il piccolo trequarti dell'aspiratore di Potain, il punto di elezione è sulla linea mediana immediatamente al disotto dell'appendice xifoide. S'infigge il piccolo trequarti, dirigendolo obliquamente dal basso in alto. A misura che esso penetra, il manico è abbassato verso la parete addominale, in maniera che la punta dell'ago sia ravvicinata alla faccia posteriore dello sterno. L'ago così deve seguire il tessuto cellulare sottoperitoneale, traversare il diaframma attraverso una fessura ricolma di grasso, senza ledere le fibre muscolari, e penetrare nella parte inferiore della faccia anteriore del pericardio. Si evita così il peritoneo, si evitano i vasi mammari, si evita la pleura, si evita il cuore... se vi è molto liquido; quando questo fosse scarso o non ve ne fosse affatto si corre il rischio di entrare nel ventricolo destro!

PONTANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

VAQUEZ et BORDET. *Le cœur et l'aorte: études de radiologie clinique*, 2e édition. — J. B. Baillière et. Fils, Paris, 1918.

Non v'è bisogno di spendere parole per presentare ai lettori del *Policlinico* il libro di Vaquez e Bordet. Gli autori, noti al mondo medico e specialmente a quello specializzato nelle malattie del cuore, godono una fama che riposa su numerosi lavori originali. Quest'opera, pubblicata nel 1913 e accolta con largo favore, si ripresenta in una seconda edizione arricchita di nuovi capitoli in parte dovuti a ricerche che le tragiche condizioni attuali hanno sfortunatamente suscitato. Vaquez e Bordet, esplorando il campo della radiologia cardiaca attraverso un ricchissimo materiale clinico, hanno edificato un'opera che illustra nei più minuti particolari semeiologici le più svariate alterazioni del cuore, del pericardio e dell'aorta. Animando l'esposizione tecnica con osservazioni cliniche succinte, essi permettono anche al medico meno iniziato una più facile comprensione delle immagini radioscopiche. L'abbondanza degli schemi ortodiagrafici e la ricchezza degli esempi permettono al radiologo di professione di orientarsi con maggior sicurezza nei casi di difficile interpretazione. In ogni capitolo dell'opera abbondano le ricerche originali degli autori. Basta accennare ai metodi per determinare esattamente il volume del cuore, alle note radioscopiche caratteristiche della stenosi mitralica, all'esame clinico particolareggiato dei dati semeiologici propri alle aderenze del pericardio. Specialmente importanti sono i capitoli che riguardano le malattie congenite del cuore e le aortiti. La diagnosi delle lesioni congenite, spesso difficile con le risorse cliniche usuali, è di molto facilitata dall'esame radioscopico, e gli autori indicano appunto quali siano le modificazioni dell'ombra cardiaca che possono far riconoscere la stenosi della polmonare, la comunicazione interventricolare, l'associazione di queste due forme, la stenosi aortica congenita. Ancor più difficile è a volte la diagnosi di aortite, quando la percussione e l'ascoltazione nulla rilevano. La radiologia permette invece di scoprire già all'inizio le più lievi alterazioni dell'aorta, ed è merito di Vaquez e Bordet di aver precisato in base a quali criteri radiologici si possa riconoscere una lesione del vaso.

La seconda edizione di quest'opera si è arricchita di nuovi capitoli sulla misura dell'ipertrofia cardiaca mediante la ricerca dell'indice di profondità, sulla diagnosi dell'insufficienza polmonare e tricuspidale, sulla localizzazione dei proiettili nel cuore e nel pericardio. Quest'ultimo argomento forzatamente d'attualità consacra il trionfo della radiologia. Solo l'esame con i raggi X permette di stabilire con sicurezza la presenza del proiettile nella regione del cuore e di precisarne la sede anatomica. Esso guida eventualmente il chirurgo nell'atto operativo. I casi sono abbastanza numerosi, e in Italia il prof. V. Ascoli ha consacrato a tale questione un interessantissimo lavoro fisio-patologico e radioscopico. Dalla stretta collaborazione di un clinico eminente quale Vaquez e di un radiologo rotto all'arte sua quale Bordet è uscita un'opera veramente armonica e fondamentale. Di somma utilità al medico nel normale esercizio della sua professione, è indispensabile oggi che per necessità militari egli deve non solo esaminare dei pazienti, ma dei simulatori armati di tutto per raggiungere il loro scopo.

CESARE PEZZI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per rimediare ad un'ingiustizia.

I recenti miglioramenti di stipendio che il Governo ha concesso ai funzionari in generale e ai militari in specie, non sono riusciti che di scarso vantaggio ai medici chiamati sotto le armi, per molti dei quali il miglioramento non ha fatto che accentuare una sperequazione già esistente e renderne più evidente l'ingiustizia. Intendo parlare dei medici militari che prestano servizio territoriale presso la Sanità Militare o presso la Croce Rossa.

Costoro sono divisi in due gruppi. Un primo gruppo è fatto di quelli che chiamati in servizio, sono rimasti nel luogo di abituale domicilio, continuandovi ad esercitare la libera professione, a curare i propri interessi, avvantaggiandosi della clientela lasciata dai colleghi assenti e pei quali perciò lo stipendio militare rappresenta un gradito straordinario.

Un secondo gruppo è fatto di quelli che sono stati inviati fuori della propria città, in luoghi lontani, e che dovettero o separarsi dalla famiglia o condur questa seco sostenendo tutte le maggiori spese di una sistemazione provvisoria, pei quali lo stipendio militare rappresenta la sola risorsa.

Agli uni e agli altri si corrisponde un uguale stipendio: agli uni e agli altri i miglioramenti sono stati dati in uguale misura: avendosi così che ai primi il miglioramento è riuscito superfluo, ai secondi addirittura insufficiente.

È vero sì che ai secondi spetta una indennità cosidetta di *fuori residenza*: ma essa è così irrisoria (a seconda delle circostanze e dei gradi oscilla fra un minimo di L. 1.50 ed un massimo di L. 5.00 al giorno) che nelle attuali difficili circostanze non rappresenta nessun efficace aiuto. A parer mio i criteri di base da adottare nel determinare i miglioramenti, dovevano esser diversi e bastava che si riducessero a due: 1° Elevare considerevolmente l'indennità *fuori residenza* per gli ufficiali medici del 2° gruppo: quelli del primo trovano un sufficiente compenso al *caro-vivere* nel proporzionale aumento delle tariffe professionali; 2° Stabilire un'indennità speciale per gli ufficiali di questo 2° gruppo aventi famiglia; o almeno rendere assai più sensibile la differenza già esistente nell'indennità di *fuori residenza* fra scapoli e aventi famiglia. È ovvio che questi ultimi risentono assai più duramente le difficoltà del momento: ed il trattamento quasi uguale fatto agli uni e agli altri è una patente ingiustizia, ed è fonte di un disagio materiale e morale assai grave e meritevole della massima considerazione.

Una modificazione degli stipendi secondo questi criteri — per il caso speciale dei medici richiamati — rappresenterebbe un migliore impiego del denaro e forse anche un'economia. Sarebbe desiderabile che gli Uffici competenti prendessero in esame la questione sotto questo diverso punto di vista.

Un medico richiamato.

Per una possibile promozione dei capitani medici di complemento provenienti dai medici civili senza obbligo di servizio militare. — Lo stato di questi colleghi, ormai ridotto ad un numero esiguo dati i richiami delle classi più anziane, è davvero tale da essere preso in considerazione. Si possono dividere in due categorie: quelli che hanno dichiarato di assumere servizio nel luogo ove esercitavano la loro professione, e rammento il quesito posto al momento dell'arruolamento, e quelli che fin dall'inizio della guerra si sono posti a disposizione completa del Ministero.

Questi ultimi non richiamando le disposizioni dell'allegato *C* alle norme generali per la costituzione degli ospedali di riserva in caso di mobilitazione stanno compiendo tutto intero il servizio che prestano gli altri Ufficiali medici provenienti dalla scuola di Firenze: non prestano cioè solo servizio presso gli ospedali militari di riserva, ma invece, presso i depositi dei Reggimenti, presso Distretti, presso Consigli di leva: alcuni sono anche mobilitati. Mentre i loro colleghi di classi meno anziane, dal 1870 al 1874, percepiscono un soprassoldo di lire cinque giornaliere, perchè la loro classe non è stata ancora richiamata, nulla invece compete a questi vecchi medici che hanno abbandonato la loro residenza abituale e la loro antica clientela, per prestare l'opera loro nell'Esercito. Ma su ciò sorvoliamo.

Alcuni di questi medici, pur essendo unici medici condotti, hanno, con pericolo di essere dichiarati dimissionarii, lasciato il Comune al quale appartenevano e sono accorsi con entusiasmo giovanile.

Quale la ricompensa per l'opera che prestano? Essi sono destinati a rimanere eternamente capitani perchè per essere promossi maggiori è necessaria la libera docenza o la proposta per meriti distinti; cose queste difficilmente raggiungibili, e non necessarie per quei colleghi che obbligati al servizio militare hanno dovuto frequentare la scuola di Firenze: come che il rispondere ad un invito di prestare l'opera propria in tempo di guerra, fosse meno meritorio che il rispondere ad un obbligo. Nè si dica che la promozione non può essere accordata per anzianità, non essendo essi iscritti che da poco tempo nello annuario militare: tutti fin dal giorno che furono laureati, alla proposta di prestar servizio in caso di mobilitazione, hanno risposto affermativamente, e come ieri hanno risposto con entusiasmo all'appello, con altrettanto entusiasmo avrebbero risposto se prima fosse stata richiesta l'opera loro.

Ritornando poi sull'argomento cui più sopra accennavo, della libera docenza, questa permette di aspirare al grado di capitano dopo compiuti i cinque anni di laurea, a quello di maggiore dopo compiuti i quindici — e perchè adottando lo stesso criterio non si permette ad uomini maturi, dopo venticinque anni di laurea, di aspirare al grado di maggiore medico? Ciò sarebbe giusto anche dal lato della dignità personale, venendo ad eliminarsi l'in-

conveniente di vedersi raggiunti nel grado da colleghi, che all'inizio della guerra erano da pochi mesi laureati, e forse laureandi, mentre essi, questi miseri paria, esercitavano la professione da ben ventidue anni.

Io credo che sarebbe equo, adunque, che una provvida disposizione di legge permettesse ai capitani medici provenienti dai medici civili senza obblighi di leva, con venticinque anni di laurea e cinquanta di età, postisi a completa disposizione del Ministero, con tre anni di servizio attivo presso ospedali o depositi reggimentali, o per essere mobilitati, di passare nel ruolo della Milizia Territoriale e così avere diritto alla promozione a norma dell'art. 2 del Decreto 20 novembre 1916, n. 1652. S. V.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'assimilazione.

L'on Sanarelli ha interrogato il ministro della guerra per sapere se, in occasione dell'assegnamento delle polizze d'assicurazione agli ufficiali combattenti, non creda che si debbano intendere inclusi in tale categoria, a tutti gli effetti, anche i medici militari, che hanno dato e danno largo contributo di sangue, à fianco dei nostri valorosi combattenti.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Provinciale di Sanità di Roma.

Sotto la presidenza dell'illustre Prefetto di Roma, comm. Aphel, si è adunato il Consiglio provinciale di sanità. Erano presenti i signori: sostituto procuratore del Re cav. Ciolfi, medico e veterinario provinciale; comm. Vanni, prof. Ascoli, avv. cav. Selvaggi, prof. dott. cav. uff. Meli, dott. Bertolini, dott. Ruggeri, Poce Mario, dott. cav. uff. Ballerini, cav. Albini, dott. cav. Valentini.

Il medico provinciale comm. Badaloni ha riferito sulle condizioni sanitarie della provincia, esponendo cifre interessanti sulla morbilità e sulla mortalità per malattie infettive nel 1917 poste in confronto di quelle del 1916. Dai dati esposti risulta un progressivo miglioramento sanitario, avveratosi ad onta del movimento notevole delle truppe provenienti da ogni parte di territorio in guerra, e dei disagi cui soggiace la popolazione civile, miglioramento che ha ridotto la morbilità dal 9.25 per 1000 abitanti al 6,20, vale a dire del *terzo,* e proporzionatamente la mortalità da 1.74 ad 1.24 per 1000, cioè del 0.50 per 1000.

Infatti delle malattie esantematiche (morbillò e scarlattina) che presentano sempre la cifra più elevata, si contarono casi 3057 con 244 decessi nel 1917 e casi 6990 con 720 decessi nel 1916, cioè la metà in meno dell'anno precedente. Anche il tifo addominale presentò una notevole diminuzione scendendo da 1584 casi a 1315, con una mortalità totale di circa 180 casi. La difterite dominò in forma grave, epidemica, in qualche piccolo Comune, con 1567 casi, di fronte a 1021 denunziati nel 1916. La mortalità non fu elevata, non avendo raggiunto il numero di 200 decessi.

Se questo risultato fu raggiunto e migliore ancora si spera di raggiungere in avvenire, si deve molto alle migliorate condizioni igieniche, alla premurosa vigilanza della Direzione generale della sanità, che in ogni circostanza intervenne utilmente.

Anche di meningite cerebro-spinale epidemica, della quale nel 1916 furono registrati 479 casi, nell'anno scorso se ne contarono soltanto 188 casi, compresi quelli verificatisi tra la popolazione militare.

Una considerevole recrudescenza di febbri malariche si verificò nel 1917, per cui si ebbero 10,422 denuncie con 135 morti. Anche per l'infezione palustre il Ministero dell'interno (Sanità) è intervenuto ad integrare le provvidenze profilattiche, tra le quali quelle della petrolizzazione o della salificazione delle acque stagnanti e quelle di piccola bonifica, dalle quali si attendono notevoli benefici.

A soddisfare la richiesta fatta al Prefetto, comm. Aphel, da qualche consigliere sanitario, di aver notizie sul focolare epidemico di vaiuolo verificatosi sulla fine del 1917 in Roma, il prof. Badaloni informa che i pochi casi avveratisi di vaiuolo ebbero qualche limitata diffusione per coloró che non erano premuniti con la vaccinazione, e dichiara che l'allarme destatosi nella popolazione fu benefico, perchè essa rispose volonterosamente all'invito del Sindaco, per cui il numero dei vaccinati e dei rivaccinati di quest'anno è tale da ritenersi ormai assicurata la profilassi. Loda l'opera spiegata dall'Ufficio d'Igiene, alla cui premura si deve se la città fu preservata da una epidemia di vaiuolo, e ritiene che oramai non sia più a temere sotto questo riguardo, purchè però i ritardatari non indugino ulteriormente a rivaccinarsi. Il Consiglio si è compiaciuto dell'esposizione fatta dal medico provinciale, e passa alla trattazione dei singoli affari amministrativi. Tra i più importanti vi è quello dell'istituzione del sanatorio «Battisti», che il Comitato nazionale pro invalidi della guerra chiede di aprire nell'ex-Seminario Pio, fuori Porta Portese, e che il Consiglio approva.

Esprime poi parere favorevole per lo svincolo del bosco della tenuta Femmina Morta, oggi Isolabella (Cisterna di Roma), a scopo di risanamento agricolo, per la copertura del Fosso Urcionio in Viterbo, per la sistemazione dei loculi (con modifiche) da tumulazione nel cimitero di Montalto di Castro. Ha approvato alcuni regolamenti e capitolati dell'Ospizio Esposti di Viterbo, Civitavecchia, Tuscania e Roma (servizi assistenza sanitaria e vigilanza igienica).

Infine ha espresso parere favorevole alla municipalizzazione del servizio di farmacia ad Anguillara Sabazia ed ha inviato ad altra seduta la continuazione della discussione sull'impianto municipalizzato di una farmacia nel Comune di Roma.

La sottoscrizione per un fondo di soccorso per i medici danneggiati dalla guerra promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici di Bologna, ha raggiunto la somma di circa 140,000 lire.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7273) *Sostituzione di medico deceduto.* — Dott. M. A. G. P. da F. — Dal momento che, come Ella dice, per la sostituzione in condotta del medico deceduto, il Comune Le corrisponde l'intero stipendio che a quegli era assegnato, non pare possa aver diritto ad altro maggiore compenso. Nessuna disposizione di legge in vigore l'autorizza a percepire di più. La classe del 1873 non è chiamata alle armi e perciò al medico di detta classe che fosse chiamato in servizio compete l'indennità giornaliera di lire 5.

(7274) *Ufficiale sanitario - Aumento sessennale di stipendio.* — Dott. A. T. da S. E. — All'ufficiale sanitario non compete l'aumento sessennale dello stipendio perchè nell'atto di nomina non si fa di esso menzione, nè risulta accordato da posteriore regolamento o da altro qualsiasi atto del Consiglio Comunale.

(7275) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. abbonato 1239. — Il medico condotto che a sua domanda è stato assunto in servizio come ufficiale medico assimilato non ha diritto di percepire dal Comune i due mesi di stipendio, in quanto che egli, con la nomina ottenuta, non lascia l'effettiva direzione e l'esercizio della sua condotta. Il Comune non può opporsi a che il medico condotto presti servizio come assimilato nè può, per tal fatto, licenziarlo.

(7276) *Legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli - Visite mediche - Certificati.* — Dott. abbonato n. 2238. — L'ufficiale sanitario deve eseguire la visita medica e rilasciare il certificato nel libretto richiesto dalla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli senza alcun compenso a carico dell'operaio. La spesa eventuale, tanto della prima visita medica quanto delle successive, è a carico del Comune. Per i certificati chiesti nello interesse privato può chiedere compenso e, secondo noi, non sembra eccessivo quello da Lei indicato di lire 2, che pare sia consuetudinario in altri Comuni.

Le visite dei locali da adibirsi a pubblici esercizii sono eseguite gratuitamente dall'Ufficiale sanitario perchè richieste nell'interesse generale della salute pubblica.

(7277) *Indennità caro-viveri.* — Dott. S. S. da C. — Tralasciando il servizio a scavalco per cui non riceve stipendio ma una semplice indennità, agli effetti del caro-viveri debbono essere cumulati gli stipendii che riceve dal consorzio e dall'altro Comune in cui è interino, giacchè quest'ultimo non è un incarico provvisorio ma duraturo, essendo attualmente sospesi i concorsi, per cui non si può procedere alla nomina del titolare. E poichè col cumulo il suo stipendio complessivo supera le lire 4500 non ha diritto alla indennità caro-viveri.

(7279) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. F. da P. R. — Con stipendio di lire 4500 si ha diritto alla indennità caro-viveri di lire 24 mensili. Per effetto del D. L. del 10 febbraio ultimo relativo all'aumento degli stipendii a decorrere dal 1° febbraio il limite massimo di stipendio per usufruire di detta indennità fu elevato a lire 5450, giusta quanto è disposto nelle norme esecutive emanate dal Ministero della Guerra in data del 14 febbraio ultimo. A Lei, quindi, non ostante l'ottenuto aumento di stipendio, deve essere tuttora corrisposta l'indennità caro-viveri, che avea già precedentemente ottenuta.

(7280) *Indennità caro-viveri - Ufficiale sanitario.* — Dott. V. N. da L. — Il compenso che si corrisponde all'Ufficiale sanitario non è stipendio ma semplice indennità, e perciò esso non dà luogo alla concessione del caro-vivere che è riserbato ai soli impiegati.

(7282) *Contributo del centesimo di guerra.* — Dott. G. S. da R. — Per conoscere l'ammontare del contributo del centesimo di guerra che Ella deve pagare sullo stipendio di lire 300 occorre moltiplicare tale somma per lire 0,375 %. Il prodotto, che è di lire 1,12, rappresenta la tassa che Ella deve pagare.

(7284) *Cura degli infortunati.* — Dott. G. N. da C. — Per la cura e l'assistenza sanitaria agli operai colpiti da infortunio sul lavoro non compete alcuno speciale compenso al medico condotto a cura piena, spettando ai capi dell'industria la sola spesa occorrente per le prime immediate cure, che ordinariamente si prestano sul posto medesimo dove l'infortunio si è verificato.

Quando l'operaio ha diritto alla assistenza gratuita, il medico condotto obbligato a prestargliela deve rilasciare gratuitamente anche i certificati attestanti il decorso della infermità.

(7285) *Esonero dal servizio militare - Trattamento economico.* — Dott. abbonato 4169. — Non è ammesso gravame contro le decisioni del Ministero della Guerra in materia di esonero dei medici condotti. Esse, quindi, costituiscono provvedimenti defintivi. Nel computo della differenza che dovrà corrisponderle il Comune si tiene conto del solo 1° stipendio e non dello assegno di ufficiale sanitario nè del compenso che riceve per l'esercizio della seconda condotta interinale.

(7286) *Trattamento economico agli impiegati richiamati col grado di ufficiale che continuano a prestar servizio presso le amministrazioni civili da cui dipendono.* — Dott. T. F. da S. R. — Il Ministero dello Interno con circolare del 9 dicembre 1917 annunzia che il Consiglio di Stato chiamato a pronunziarsi sul trattamento economico da farsi agli impiegati richiamati col grado di ufficiale che continuano a prestar servizio presso le amministrazioni civili da cui dipendono, si è pronunziato nel senso che nella predetta ipotesi deve ritenersi vietato il cumulo degli stipendii militare e civile, a norma del D. L. 31 agosto 1915, n. 1420, e che qualsiasi compenso che le amministrazioni comunali intendessero corrispondere ai proprii dipendenti questo deve, in ogni caso, essere inferiore allo stipendio od alla indennità che ai medesimi spettavano quando potevano e dovevano dare tutta la loro attività. Il Ministero soggiunge che debbasi in massima ritenere che il compenso non possa in nessun caso essere superiore alla metà dell'ordinario stipendio civile.

In virtù di tali premesse Ella può aver diritto alla corrisponsione di metà dello stipendio che Le

era prima corrisposto per la condotta di cui è titolare. I profughi sono generalmente considerati come poveri ed hanno, quindi, diritto alla cura ed assistenza sanitaria gratuita.

(7287) *Pagamento di prestazioni sanitarie.* — Dott. G. F. da P. — Abbiamo ricevuto il suo foglio delucidativo ma teniamo a ripetere che l'arma che chiamò il medico deve provvedere al pagamento della relativa prestazione, tranne che la spesa non sia assunta dal Comune trattando il ferito come un povero di passaggio. In tal caso occorrerebbe analoga deliberazione della Giunta Municipale.

(7288) *Cassa pensioni - Servizio militare.* — Dott. D. S. da A. — La dichiarazione di cui nel D. L. del 7 febbraio 1916, n. 221, deve essere fatta dal sanitario, a mezzo del Comune, alla Direzione della Cassa di previdenza dei medici condotti in Roma.

(7289) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato n. 8538. — Poichè da nessuno dei due enti presso cui presta servizio riceve stipendio superiore alle lire 4500, ha diritto ad una sola indennità caro-viveri ripartita fra i due enti medesimi in proporzione degli stipendii che ognuno di essi Le corrisponde.

(7290) *Medico militare in servizio civile.* — Dott. G. M. da L. sul S. — Per la vaccinazione non spetta compenso speciale al medico condotto e, quindi, neanche al medico militare che lo sostituisce. Il medico militare che venga investito dello incarico di ufficiale sanitario già tenuto dal predecessore deve ricevere dal Comune la somma stanziata in bilancio quale retribuzione di tale incarico e ciò a mente dello articolo 2 della Circolare del Ministero dello Interno e della Guerra del 10 settembre 1917, n. 20400. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. C. P. da S. E. F. R.:

Dato il lungo periodo trascorso in zona di guerra può aspirare ad essere assegnato di autorità a servizii civili. Occorre però che le autorità civili interessate ne facciano nominale richiesta pel tramite della Prefettura.

Al dott. A. P. da C.:

Certamente. Occorre però che si trovino nelle condizioni prescritte per la promozione ad anzianità.

All'abb. n. 5913:

Non esiste ormai alcuna differenza di impiego tra gli ufficiali di complemento e quelli di milizia territoriale.

Al dott. N. M. da G.:

Data la sua speciale condizione di ex-prigioniero non è escluso che Ella possa ottenere quanto desidera, malgrado la giovinezza della sua classe.

Ella potrebbe farne uno speciale quesito al Ministero.

All'abbonato n. 8096:

Pel primo quesito, essendo specificato che il decreto degli esoneri si estende anche agli ufficiali medici della Croce Rossa, non vi è dubbio che i suddetti hanno gli stessi diritti rispetto all'esonero di quelli della Sanità militare, e nessuna opposizione può venire dalla Benemerita Associazione all'effettuarsi del loro esonero, quando questo venga riconosciuto giusto.

Per l'altro quesito, più che di un riconosciuto diritto trattasi di una norma di massima seguita dalla Sanità militare. La Croce Rossa può anche non applicarla con gli stessi criterii.

All'abbonato n. 5584:

La risposta data all'abbonato n. 7207 nonchè infirmare, conferma la regola che tutti i medici delle classi 1884 e più giovani non possono essere ritirati dalla Zona di guerra, siano essi o no idonei incondizionatamente.

Al dott. G. E. da S.:

Essendo ora Ella indisponibile non può conseguire promozioni.

Al dott. S. G. da R.:

La dispensa, nel caso in questione, è stata stabilita solo per i militari di truppa e non per gli ufficiali.

All'abbonato n. 9471:

Secondo le norme vigenti Ella non può aspirare all'avvicendamento puro e semplice.

Potrebbe però essere richiesto da qualche autorità civile per sostituire altro sanitario richiamato. Far fare tale richiesta mi sembra l'unica via consigliabile.

Al dott. G. P. da S.:

La circolare in questione è la n. 74, dispensa 6, pag. 159, del G. M. del 1917. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Gino Prosperi ha conseguito per titoli la libera docenza in Medicina Legale degli Infortuni del lavoro presso l'Istituto di Studi Superiori di Firenze.

Rallegramenti cordiali.

CONDOTTE E CONCORSI.

Dottoressa degli Ospedali Riuniti di Roma, ottime referenze, cerca posto in ospedale, sanatorio, casa di salute al mare o in montagna. — Scrivere Mazzotti Attilia, via Quintino Sella, 33, Roma.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. G. BRAZZABENI, medico condotto di Guidizzolo, solo al mondo sopravvive allo strazio di aver perduti per sempre i due soli figli suoi, l'uno dopo l'altro uccisi in guerra.

Il dott. PALVARINI, medico di Marmirolo, pure ebbe la sventura di perdere in guerra un figlio.

Il Presidente dell'Ordine della provincia di Reggio Emilia, dott. P. PETRAZZANI, ha parimenti perduto l'unico figlio, decorato con medaglia d'argento.

Il dott. PIETRO DE FRANCESCHI, medico condotto di Rivarolo (Mantova), ha perduto il figlio dottor LUIGI, tenente medico della Croce Rossa, caduto alla fronte mentre prestava servizio volontariamente in una Sezione di Sanità. P. P.

NOTIZIE DIVERSE

Il I Convegno dell'Unione dei medici italiani per la resistenza interna.

È stato tenuto a Genova il 4 corr. nella Sala Consigliare del Palazzo Spinola, con l'intervento di centocinquanta medici rappresentanti di Ordini e di Associazioni di parecchie regioni d'Italia, compresa la remota Sicilia, e con l'adesione di molte notabilità del mondo medico, quali i proff. Durante, Novaro, Queirolo, ecc.

Portò il saluto inaugurale il comm. Zurino, presidente della Deputazione provinciale.

I lavori si svolsero sotto la presidenza del prof. Morselli. Costituirono una magnifica affermazione d'italianità.

Mostra di chirurgia plastica.

A Bologna, in via Foscherari, si è tenuta un'esposizione di modelli in cera e di fotografie rappresentanti visi deformati da gravissime ferite di guerra e le guarigioni ottenute.

La mostra documenta i miracoli che sono stati compiuti dalla scienza stomatoiatrica e chirurgica.

G.

Sulla lotta contro la malaria.

È stato pubblicato un Decreto Luogot. (n. 482), che modifica gli articoli 36, 37 e 38 del Regolamento per l'esecuzione delle leggi contro la malaria e per la vendita del chinino (R. D. 28 febbraio 1907).

Per la lotta antitubercolare.

La R. Accademia dei Fisiocritici di Siena ha espresso, tra altri, i seguenti voti:

1° che tutti i medici intensifichino la loro opera benefica civile di propaganda per illuminare il popolo sui reali pericoli creati dalla tubercolosi e sui mezzi che valgono a limitare molto i danni;

2° che, in mancanza di sanatorî veri e propri, urgendo provvedere, le autorità si affrettino a requisire od acquistare edifici, che a giudizio dei tecnici competenti risultino almeno sufficientemente adatti per l'isolamento e per la cura dei tubercolosi;

3° che il Governo centrale faccia valere energicamente i propri poteri nell'interesse collettivo contro i pregiudizi e contro intrighi egoistici, vincendo qualunque inframmettenza che possa ostacolare o anche solo ritardare i provvedimenti più necessari

Per un dispensario antitubercolare.

L'Amministrazione comunale di Verona, con voto unanime, destinava una casa di proprietà comunale ad uso dispensario antitubercolare, autorizzando per questo nuovo istituto umanitario un primo fondo di lire 300,000.

Prigionieri italiani restituiti.

Il 5 corr. è venuto in Italia il 15° convoglio di invalidi prigionieri restituiti dall'Austria.

Esso comprende 34 ufficiali e 263 uomini di truppa. Vi sono poi tre dame della Croce Rossa, le signorine Maria Andina e Antonietta Clerici, di Como, e la signorina Clonimska, polacca, fatte prigioniere in un ospedale da campo insieme a diversi feriti gravi durante la ritirata dello scorso ottobre.

Arresto di un maggiore medico.

Il prof. N. Buccelli di Genova, maggiore medico, è stato arrestato sotto l'imputazione di aver procurato, nell'esercizio del suo ufficio militare, per compensi in denaro, illecite riforme dal servizio militare.

È morto a Parigi il dott. ERNESTO MOSNY, in età di 57 anni.

Di lui ricordiamo gli studi sulle splenopolmoniti, che misero in giusta luce la nozione delle lesioni pleuro-corticali; la descrizione delle «pleuriti bloccate»; l'accertamento di polmoniti da agenti infettivi non comuni (diplococcus crassus, diplobacillo di Friedländer); le indagini sull'eosinofilia e sulla basofilia nelle pleuriti essudative; le ricerche sul compito eziologico che spetta ai traumatismi nella genesi della tubercolosi polmonare: in questo campo la guerra gli fornì poi ampio materiale di controllo; verificò la parte dell'eredità nel determinismo della tubercolosi: e così via.

La sua attività scientifica si esplicò in molti altri campi della medicina, della batteriologia e dell'igiene: sarebbe assai difficile seguirlo. Ci limitiamo soltanto a segnalare ancora la sua sollecitudine per le questioni d'igiene scolastica.

Con Brouardel e Chantemesse assunse la direzione del grandioso «Traité d'Hygiène». Con Bernard redasse la monografia «Tuberculose» del «Traité de Médecine» di Brouardel, Gilbert e Thoinot.

Era membro dell'Accademia di Medicina e del Consiglio Superiore d'Igiene pubblica di Francia ed aveva presieduto la Società di Medicina pubblica e di Genio sanitario.

Gli fu conteso l'accesso alla Facoltà di medicina.

B.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXV. Roma, 26 maggio 1918 Fasc. 21.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE DI TAPPA DI CASARSA.

Nosografia della spirochetosi itterogena.

Contributo del dott. prof. EUGENIO BRAVETTA, maggiore medico, direttore.

Nella adunanza del 27 dicembre 1916 della Società medico-chirurgica di Pavia, il prof. Vittorio Ascoli, a chiusura di una lunga e interessante discussione sulla eziologia e patogenesi dell'ittero da spirochete, metteva in evidenza che se la conoscenza della causa dell'ittero è interessante per la clinica, tuttavia, al momento attuale, si imponeva il compito di precisare la sintomatologia e la evoluzione di tale forma morbosa ed invitava gli ufficiali medici che trovansi al seguito dell'esercito operante ad occuparsi, senza preconcetti, della forma clinica della nuova infezione.

D'altra parte l'Intendenza generale del R. Esercito italiano, convinta che lo studio clinico fin qui fatto non sia sufficiente per arrivare ad una diagnosi sicura e relativamente rapida, con sua circolare del 5 gennaio 1917, invitava

tutti i direttori di ospedale, che avessero casi di ittero infettivo a farne oggetto di particolare studio, riferendone poi alla Direzione di Sanità.

Io pure, dopo che ho avuto la fortuna di accompagnare il mio illustre maestro tenente colonnello prof. Achille Monti, venuto in zona di guerra a studiare le forme più recenti dell'ittero infettivo, mi sono occupato dell'argomento nell'intento sopratutto di aiutare le ricerche del professore, inviandogli le storie cliniche degli ammalati più interessanti e facendogli pervenire, entro le 18 ore dal prelevamento, i relativi campioni di sangue e di urina per la prova della inoculazione nelle cavie.

Fra i casi studiati ne scelgo uno, che ha presentato maggiore interesse dal lato clinico, in quanto i diversi periodi della malattia hanno offerto un andamento quasi schematico; ed il materiale da esperimento, spedito al prof. Monti, ha dato nella cavia reperto positivo fin dalla quarta giornata dalla inoculazione.

Storia clinica. — Soldato S... F..., nato a Coassine (Sassari) il 26 novembre 1887 ed arruolato il 14 maggio 1916. Appartiene alla ... auto-batteria contro aerei, che si trovava allora a riposo presso Casarsa dal 28 marzo 1917.

Già nei mesi di febbraio e marzo, allorquando la batteria trovavasi in posizione sul Podgóra, vicino a Gorizia, tra i militari ad essa appartenenti si era manifestato qualche caso di ittero febbrile.

Le condizioni igieniche della batteria erano ottime: il regime di vita non faticoso; il rancio buono, composto di minestre con verdura fresca, carne congelata bollita, baccalà due volte alla settimana, pane di munizione, vino, caffè nero.

L'acqua potabile proveniva da Giallico, sopra Cormons, in botti pulite e chiuse. La pulizia individuale non lasciava nulla a desiderare: non vi erano pulci, non pidocchi, nè parassiti di alcuna specie. Volgendo la stagione assai fredda non vi erano zanzare, come mi fu unanimemente assicurato da soldati e ufficiali. Ciò che invece costituiva un vero flagello erano i topi, numerosissimi e rapaci. Benchè la batteria fosse accantonata, i topi entravano dappertutto, onde gli artiglieri erano costretti ad appendere ai soffitti i propri tascapani, e ciò nonostante i topi riuscivano a penetrarvi, facendo dei buchi nel pane che i soldati conservavano per i pasti successivi.

Il clima era stato nel mese di gennaio freddo e umido, di poi nel febbraio asciutto e freddissimo.

Dopo circa quindici giorni dacchè la batteria trovavasi a riposo a Casarsa, il mattino del giorno 12 aprile si presentava alla visita medica del presidio il soldato S... F..., il quale accusava senso di rottura alle ossa e vivi dolori ai fianchi ed ai lombi, intensa cefalea, inappetenza, e talvolta nausea e vomito. Applicatogli il termometro, esso segnò 39,7. Mentre lo stavamo visitando, fu colto ripetutamente da vomito di sostanze siero-mucose.

Si pensò ad una febbre gastro-reumatica e con tale diagnosi lo abbiamo fatto entrare all'ospedale.

Nella anamnesi famigliare del soldato S.... non v'è nulla d'importante: egli è sempre stato bene, ed è questa la prima volta che viene ricoverato in un ospedale, quantunque egli si trovi in zona di guerra dal 14 maggio 1916.

Egli racconta che da qualche tempo si sentiva svogliato e accusava un malessere generale; ma solo da cinque o sei giorni lo tormentavano dolori diffusi a tutto il corpo, più spiccati al dorso e agli arti inferiori. Da due o tre giorni aveva perduto l'appetito, lo coglieva spesso la nausea e il vomito e gli sembrava di avere un po' di febbre. Si era allora deciso a «marcare visita» per entrare all'ospedale.

Il mattino del 13 la temperatura scende a 38, per risalire poi alla sera a 39. Alla visita mattinale il malato si lagna di intensa cefalea e di dolori reumatoidi generalizzati, più spiccati alla regione lombare destra. All'esame obbiettivo dell'apparecchio respiratorio nulla si rileva. Il cuore è nei limiti plessici normali; i toni puri su tutti i focolai; il polso regolare, ma alquanto frequente, 80. L'addome malleabile, ma un po' dolente anche a modica pressione. Il fegato è ingrandito e palpabile, dolente. La milza normale. La lingua è fortemente impatinata, arrossata ai bordi; l'inappetenza è assoluta. L'alvo è stitico, le feci formate e normalmente colorate; anche le urine sono normali. Il malato non presenta nessuna tinta itterica o sub-itterica.

Il mattino del 14 aprile la temperatura è ancora a 38, alla sera sale a 39. Persiste la cefalea; ha nausea, frequenti conati di vomito: si lagna di dolore al fianco destro. Ha tosse e all'esame del torace si rilevano fatti di congestione polmonare e di catarro bronchiale acuto. Appare erpete labbiale. Il colorito della pelle è sempre normale: le feci e le urine non presentano nulla di speciale.

Il mattino del giorno 15 constatiamo per la prima volta una lieve tinta subitterica delle congiuntive e una lieve iperemia congiuntivale, che danno all'occhio un aspetto lucente, e questo fatto nuovo ci mette sull'avviso circa la vera natura della malattia. La temperatura al mattino è di 38,6 e la sera di 38,1 malgrado gli usi degli antipiretici.

Il giorno 16 si nota colorito itterico della cute e più spiccato quello delle congiuntive: le feci per la prima volta sono scolorate, cretacee e le urine invece ricche di pigmenti biliari: la ricerca dell'albumina nelle urine è negativa. La temperatura al mattino segna 38,3, alla sera 38.1. Il giorno 17 la tinta itterica è spiccatissima: le congiuntive sono iniettate e di colore giallo-verdastro.

L'esame obbiettivo dà il seguente risultato. Soggetto di regolare costituzione fisica, in buone condizioni di nutrizione generale. Presenta colorito itterico spiccatissimo della cute e delle congiuntive, le quali sono anche iniettate ed iperemiche: non si notano punti emorragici.

Le ghiandole del collo e delle ascelle sono ingrossate, tumefatte, dolenti alla pressione: il dolore è più forte e la tumefazione maggiore alle ghiandole ascellari di destra. Le ghiandole

epitrocleari non si palpano: le ghiandole inguinali neppure.

All'esame del torace si rilevano ronchi e sibili e qualche rantoletto: l'espettorato è scarso, esclusivamente sieroso, con qualche stria di sangue color rosso vivo.

All'esame dell'apparecchio cardio-vascolare si trova il cuore nei limiti plessici normali: i toni cardiaci sono puri, validi: il polso è pieno, regolare, con 88 pulsazioni al minuto primo.

L'addome è malleabile, non dolente. Il fegato è ingrandito, debordante, palpabile e dolente alla pressione. La milza è pure ingrandita, appena palpabile, molle. La lingua è biancastra, fortemente patinosa. L'alvo regolare, ma con feci acoliche. Le urine sono scarse, ricche di pigmenti biliari, col mezzo per mille di albumina. All'esame microscopico del sedimento ottenuto per centrifugazione: cilindri jalini, talvolta contenenti cristalli aghiformi di pigmenti biliari; cilindri granulosi meno frequenti; epiteli renali disquammati; leucociti; ombre di globuli rossi; epiteli superficiali degli ureteri e della vescica.

Il giorno 17 aprile la temperatura al mattino segna 38,2 alla sera 37,8. In questo giorno prelevo un campione di urina e lo invio sotto scorta al prof. Monti.

Il 18 la temperatura scende a 36,7 per risalire alla sera a 37,4. Il paziente versa in condizioni assai gravi: si lagna sempre di cefalea ed è preso da vomito tutte le volte che introduce qualche alimento. Il colorito itterico raggiunge il suo acme, cosicchè la pelle del paziente assume un aspetto giallo-bruno. Il polso è regolare, 68, ma debole.

Il mattino del 19 la temperatura è normale 36,9: ma la sera risale a 38,1. Il polso si fa frequente, 88 e ricomincia il vomito alimentare.

Il giorno 20 la temperatura al mattino è 37,5 e alla sera 37,3; il 21 scende al disotto della norma e le condizioni generali del paziente sono gravissime. Egli versa in uno stato di subcoscienza, è subdelirante: presenta diplopia, xantopsia, illusioni visive, allucinazioni uditive localizzate a destra. Il polso è raro, 56, debole, dicroto.

In tali condizioni il soldato S... si mantiene per alcuni giorni, cioè dal 21 al 25 aprile.

L'esame delle urine dimostra sempre la presenza di albumina, ma in quantità non più dosabili.

Il giorno 26 il paziente presenta un notevole miglioramento dello stato generale; la coscienza ritorna lucida, la cefalea è cessata. I fatti bronco-polmonari sono quasi scomparsi. I dolori muscolari non sono più avvertiti. Le feci si presentano di color giallo-verdastro. La temperatura è ritornata alla norma.

Ma il giorno 27 presenta verso sera un nuovo rialzo febbrile, 37,4: il 28 mattina la temperatura è 36,9 e la sera 37,6; il 29 è 37,2 al mattino e ancora 37,6 alla sera; il giorno 30 segna 37,5 al mattino e 36,8 alla sera.

Il primo maggio la temperatura è 37,2 al mattino e 37,1 alla sera: scende poi al disotto della norma nei giorni seguenti e tale si mantiene per diverse settimane.

Intanto il colore itterico va rapidamente diminuendo; finchè il 25 maggio il colorito itterico è scomparso, ma la pelle del malato ha assunto un colore brunastro.

La milza non è più palpabile, mentre lo è ancora il fegato. La lingua si ripulisce e l'appetito a poco a poco ritorna. L'albuminuria è scomparsa.

Ciò nonostante l'infermo accusa una grande debolezza, una grande prostrazione di forze e, ad ogni minimo sforzo, anche al solo levarsi dal letto, è colto da offuscamento della vista e da vertigini. Il polso è molle, depressibile e si contano 60 pulsazioni al minuto primo.

Il colorito bruno della cute si fa più spiccato e la applicazione di due striscie di vescicante in croce lascia una impronta bruno-scura, che non è più scomparsa.

Presentato alla visita della Giunta Sanitaria della II Armata come convalescente di ittero infettivo spirochetico, gli vengono concessi 50 giorni di licenza di convalescenza. Tuttavia il paziente non è ancora in grado di sopportare i disagi del viaggio e lo tratteniamo all'Ospedale finchè, cedendo al suo vivo desiderio di recarsi presso la famiglia, lo mettiamo in uscita il 26 giugno 1917 dopo 75 giorni di degenza.

Di questi giorni il soldato S... ci ha scritto che, pur dovendo ancora usufruire di 20 giorni di licenza, si è fatto ricoverare nuovamente in un Ospedale di Sassari, perchè si sente straordinariamente debole e perciò non in grado di riprendere servizio.

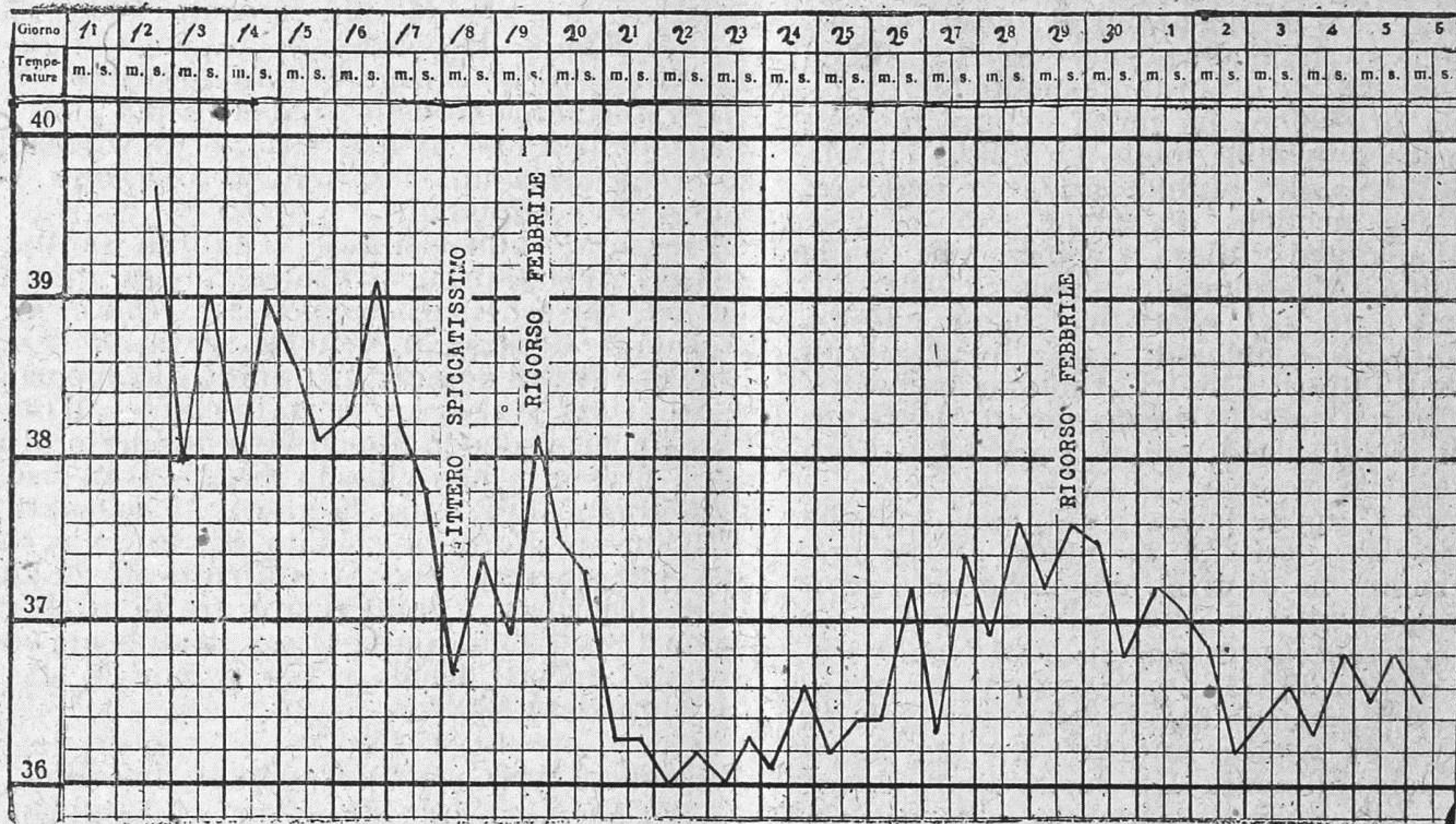
CONSIDERAZIONI. — Trovandomi in zona di guerra fin dai primi giorni della mobilitazione e precisamente nella zona del basso Isonzo, dove l'epidemia itterogena è stata più grave, ho potuto seguire e curare parecchie centinaia di casi di ittero; ma in zona di guerra anche i casi più importanti difficilmente si possono studiare dal principio alla fine, in causa degli improvvisi ordini di sgombero in dipendenza delle azioni belliche.

D'altra parte tali ammalati venivano generalmente giudicati affetti da ittero paratifico od anche, per lo più, da semplice ittero catarrale e furono soltanto le interessanti ricerche di Moreschi e Carpi e gli importanti studi di A. Monti sulla epidemiologia, patologia e patogenesi della spirochetosi itterogena, che orientarono i medici militari sulla vera natura della nuova forma morbosa.

Spetta al prof. Monti il merito di avere bene fissato il decorso tipico e le note caratteristiche della malattia che, in base alla mia esperienza personale, non posso che confermare. Nella spirochetosi itterogena si distinguono quattro periodi ben definiti.

Un periodo di *incubazione*, generalmente latente, della durata variabile di circa otto, quindici giorni, durante il quale gl'infermi accennano a dei prodromi, un malessere indeterminato, dolori vaghi alle gambe ed alla schiena, senso di stanchezza generale.

Segue un periodo di *invasione*, che ha una durata variabile da due a sette giorni e che è caratterizzato da febbre generalmente così lieve da passare inosservata, ma che nei casi più spiccati può anche essere abbastanza alta, come si vede nel grafico del caso da me illustrato.



Quando questo periodo è molto mite non vi sono altri sintomi all'infuori dell'inappetenza; ma altre volte si presentano disturbi gastrici più o meno notevoli, vomito ripetuto, dolori addominali, intensa cefalea e talora irregolarità dell'alvo. Sintomo costante è il dolore all'ipocondrio destro, che viene denunciato da quasi tutti gl'infermi e che si fa più sensibile alla palpazione. Verso la fine di questo periodo compare spesso l'erpete labbiale, come ha notato il Moreschi. Le congiuntive sono spesso iniettate, iperemiche e danno allo sguardo un aspetto lucente. Il polso è frequente.

Nel periodo di invasione manca completamente l'itterizia, per cui la diagnosi rimane assolutamente incerta, anche perchè, mentre taluni infermi non presentano che sintomi di malessere indeterminato, altri accusano invece vivi dolori muscolari e cefalea, che fanno pensare al reumatismo; oppure disturbi gastro-enterici con intensa cefalea, che fanno sospettare l'inizio di una infezione tifo simile.

Segue il periodo *colemico*, durante il quale, cessata la febbre, la temperatura discende qualche volta fin sotto la norma; diminuiscono e talora scompaiono i dolori muscolari e la cefalea, mentre le congiuntive incominciano a colorarsi in giallo. Nei casi più gravi l'itterizia compare già durante la defervescenza, mentre nei più miti passa talvolta un giorno tra la scomparsa della febbre ed il primo apparire del colorito itterico. Il polso diventa debole, raro e talvolta dicroto. Persiste il senso di debolezza e di astenia e talvolta la depressione delle forze è così grave che l'infermo entra in uno stato di subcoscienza, spesso accompagnato da illusioni ed allucinazioni dell'udito e della vista, e da vere e proprie idee deliranti. La milza risulta ingrandita, talora palpabile e di consistenza molle. Il fegato è sempre ingrossato, palpabile e dolente anche a modica pressione.

Un fatto degno di nota è che mentre la colorazione itterica della cute si fa più spiccata e abbondanti i pigmenti biliari nelle urine, tuttavia non di rado le feci si mantengono per qualche tempo ancora colorate. Durante il periodo febbrile si nota spesso albuminuria e talora anche cilindruria.

Ma un fatto importante, caratteristico della malattia, messo bene in evidenza dagli studi del prof. Monti, si è che dopo un periodo variabile da quattro a sette giorni, dal giorno in cui la temperatura è discesa alla norma od anche al disotto della norma, si constata una nuova riaccensione, un vero ricorso febbrile con temperatura di solito inferiore a quella della fase d'invasione. Il ricorso febbrile fa dunque parte integrante del decorso ciclico della spirochetosi itterogena.

Un altro sintomo costante del periodo colemico è la tumefazione delle ghiandole linfatiche dell' inguine, della ascella, del collo e talora anche delle ghiandole epitrocleari. Talvolta le ghiandole ascellari sono tumefatte specialmente all'ascella destra e sono dolenti alla palpazione: questo particolare io lo ho rilevato in molti ammalati.

Nei casi più lievi non si hanno altri disturbi degni di nota da parte dell'apparecchio digerente e dell'apparecchio respiratorio.

Molti ammalati presentano appena la lingua impaniata; ma altri presentano anche lingua fortemente patinosa, nausee e conati di vomito, ed anche vomito ripetuto, al principio del periodo colemico e durante il ricorso febbrile. L'intestino è normale, con alvo regolare nei casi più benigni; in molti altri si nota invece stitichezza con feci poco colorate e in altri ancora lieve diarrea.

Le feci alcooliche, di aspetto cretaceo, si osservano soltanto nelle forme più gravi e non costituiscono la norma.

Pure nei malati più gravi, oltre ad una grande depressione delle forze e ad una ipotensione vasale notevole, compaiono anche segni di congestione polmonare con ronchi e sibili diffusi e talvolta con piccoli rantoli: insorge allora la tosse con espettorato talvolta mucoso, tal altra in prevalenza sieroso e in qualche caso striato di sangue color rosso vivo.

Non ho mai veduto comparire emorragie della cute o delle mucose: ho osservato invece facili rinorragie.

Infine, al periodo colemico segue il periodo della *risoluzione* caratterizzato dalla progressiva riduzione della itterizia e dalla scomparsa della albuminuria. Fatto importante e costante è la notevole, imponente prostrazione delle forze, prostrazione che persiste lungamente, accompagnata da dolori indeterminati; mentre il polso si mantiene molle, depressibile e si manifestano segni evidenti di ipotensione arteriosa, fatti di iposurrenalismo e colorazione brunastra della cute, che persiste durante la convalescenza e ricorda la colorazione della cute del morbo bronzino.

Cosicchè, anche nei casi che decorrono senza sintomi gravi, la convalescenza è sempre protratta.

Per ciò che riguarda lo svolgimento generale della epidemia itterogena fra le nostre truppe operanti, nel biennio 1915-1916, ricordo che durante i primi mesi della nostra guerra, allorquando io prestavo servizio presso la Sezione di Sanità per fanteria della..... Divisione, e più tardi come Dirigente il servizio sanitario del..... Reggimento di fanteria sulla Quota 240 del Podgora, dove infierì poi più fortemente la malattia, i casi di itterizia erano rarissimi e quei pochi che si presentavano venivano giudicati quasi tutti dipendenti da catarro del duodeno.

Solo più tardi, nell'autunno del 1915, quando mi trovavo in un ospedale da campo delle retrovie, i casi di ittero incominciarono a divenire più numerosi, però mantenendosi sempre molto benigni e volgendo a rapida guarigione.

Diminuirono durante l'inverno del 1915 e durante la primavera del 1916, per ritornare poi improvvisamente numerosi nell'estate e nell'autunno dello stesso anno. È in questo periodo che ho potuto osservare i casi più gravi, fra i quali uno mortale.

Prestavo allora servizio in uno degli ospedali di tappa di Udine e ricordo che, nel mese di settembre, ottobre e novembre del 1916, circa due terzi dei miei ammalati erano affetti da itterizia, quantunque la loro destinazione al mio ospedale sia stata del tutto casuale.

Durante l'inverno del corrente anno i casi di ittero divennero affatto sporadici e tali si mantengono fino ad oggi, agosto del 1917.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 38 - REPARTO MEDICINA.

Il rinforzo dei rumori cardiaci e la percussione retrocardiale.

Note di semeiotica cardiaca a proposito di un caso d'insufficienza della mitrale

per il dott. ALFREDO AMATI, capitano medico.

Il soldato P... Vito, di anni 22, da Castorello, mandamento di Fano, provincia di Pesaro, entra nell'Ospedale il 5 luglio 1916 nel mio reparto.

Sette anni fa dice di aver sofferto per vari mesi febbre accompagnata da dolori nelle articolazioni; tre anni dopo ha subito un'operazione di estirpazione di glandole al collo. Nessun'altra notizia di anamnesi remota degna di rilievo. Da cinque o sei mesi dice di soffrire di un senso di oppressione al petto, d'impossibilità a camminare con passo affrettato, a portare lo zaino ed il fucile senza esser colto da affanno. In condizioni però di relativo riposo non avverte dispnea. Non ha mai avuto edemi agli arti inferiori; deve alimentarsi piuttosto parcamente per evitare che si accentui il senso di oppressione al petto. Nulla d'importante nel gentilizio.

Esame generale. — Scheletro bene sviluppato, nutrizione discretamente conservata, colorito della cute e mucose apparenti roseo. L'esame glandolare lascia osservare qualche piccolo ingorgo al collo dove a destra si nota una

lunga cicatrice trasversale dovuta all'operazione subita dallo infermo tre anni fa.

Il polso radiale conserva una forza ed una tensione quasi normale.

Cuore. — All'ispezione l'itto-cardiaco è assente; notasi invece una lieve pulsazione epigastrica in vicinanza del margine costale di sinistra e che è visibile principalmente quando l'infermo si mette nella posizione seduta; v'è lieve pulsazione delle gugulari principalmente a destra. Alla palpazione neanche è possibile riconoscere la sede dell'itto-cardiaco, si palpa invece una pulsazione diffusa su tutta la regione precordiale. Non si avverte alcun fremito. La percussione fa rilevare un modico ingrandimento dell'aia di ottusità cardiaca in alto e verso sinistra. L'ascoltazione eseguita in condizioni di riposo dell'infermo lascia osservare il primo tono sulla punta sformato, ma esso diventa un rumore di soffio a timbro però dolce soffiante quando si osserva l'infermo dopo un rapido esercizio fisico. Detto soffio presenta la caratteristica propagazione verso l'ascella. Lievemente accentuato il secondo tono sulla pulmonare.

È degno di speciale rilievo il fatto che se si osserva l'infermo nella posizione orizzontale, con la testa un po' sollevata, le gambe flesse sulle cosce e contemporaneamente si esercita con la mano una intensa compressione sull'aorta addominale, il rumore di soffio che come si è detto, in condizioni di riposo dell'infermo non si ascolta bene, diventa invece più forte, più lungo e chiaramente percettibile.

Importante pure è la percussione e l'ascoltazione della regione retrocardiale, dorsale. Percuotendo su parti omologhe, lateralmente alla colonna vertebrale, si nota con relativa chiarezza un'ottusità a destra della colonna vertebrale che presenta i seguenti limiti: in alto incomincia sulla quinta vertebra dorsale ed in basso arriva poco più in giù della settima; a sinistra non oltrepassa la colonna vertebrale. a destra arriva a due centimetri dalla paraverebrale. In corrispondenza di detta zona di ottusità dorsale si ascolta bene il rumore sistolico della punta propagato.

Nulla in rapporto agli altri organi ed apparati organici.

Ho voluto riferire questo caso per richiamare l'attenzione dei clinici su due fatti semiologici che a me sembrano importanti e cioè sull'accentuazione del rumore di soffio con la compressione dell'aorta addominale e sulla zona di ottusità posteriore del cuore rilevata con la percussione della regione dorsale del torace.

È ovvio come molte volte per facilitare l'ascoltazione dei toni e dei rumori cardiaci ed allo scopo di dare un giudizio più esatto sulla loro natura, sede, timbro e tempo nel quale essi si sviluppano, occorra fare eseguire agli ammalati dei movimenti, un rapido esercizio fisico, una corsa e talvolta può riuscire assai utile stimolare addirittura il cuore con l'uso di cardiocinetici. Nel caso riferito mentre in condizioni di assoluto riposo riusciva difficile percepire il rumore di soffio sistolico sulla punta che veniva avvertito come un tono sformato, l'ascoltazione era molto più netta esercitando una discreta compressione con le dita della mano sull'aorta addominale. Occorre però che si tenga presente che l'addome dell'infermo si prestava benissimo a questa osservazione perchè abbastanza sprovvisto di adipe e molto trattabile. Nella letteratura non ho trovato nessun caso clinico nel quale allo scopo di rinforzare i rumori cardiaci sia stato fatto questo tentativo; solo Azoulay ha fatto notare che si può accrescere l'intensità dei suoni cardiaci praticando la compressione sulle femorali in corrispondenza della piega dell'inguine; qualche altro autore ha consigliato la compressione sull'aorta addominale per rendere più evidente un soffio aneurismatico, benchè in caso di aneurisma ritengo che occorra agire con prudenza per evitare spiacevoli incidenti. Nell'infermo da me osservato detta compressione praticata con le dita della mano sinistra nell'atto dell'ascoltazione, riusciva a modificare l'intensità ed il timbro del soffio cardiaco, rendendo più agevole l'interpretazione clinica di esso; ed il fatto deve spiegarsi ritenendo che con la compressione dell'aorta addominale si viene a creare un ostacolo periferico, un aumento della tensione intracardiaca e quindi un rinforzo considerevole del rumore di soffio.

Circa poi le note semiologiche della percussione ed ascoltazione retrocardiale dorsale, ricorderò che vari autori già da tempo si sono occupati dello studio dell'ottusità posteriore del cuore in condizioni normali e patologiche. Primo tra tutti a trattare l'argomento fu il Piorry; fra i nostri il Giacomini ha illustrato i rapporti mediati ed immediati del cuore con le vertebre e fu lui che creò la denominazione di vertebre cardiache, chiamando così la quarta, quinta, sesta, settima, ottova vertebra che corrispondono ognuna a determinati segmenti del cuore. Sulla base di questi studi il Signorelli si è occupato della ipofonesi vertebrale nelle malattie del cuore e dell'aorta con un lavoro pubblicato nel *Policlinico* 1904 mentre l'anno prima Ferrannini ed Arnone riferivano sulla *Riforma medica* i risultati dei loro studi sulla ottusità posteriore del cuore in condizioni normali e patologiche. Dell'argomento si è anche occupato il Durosiez, l'Ewart, il Tessier, la Liskenewski ecc. Per quanto non sieno tutti di accordo sulla esistenza o meno e sulla forma dell'area di ottusità retrocardiale in condizioni normali, concordano invece tutti nel ritenere che la parte del cuore accessibile dalla regione posteriore del torace, sia l'orecchietta sinistra,

che è precisamente quella che si sottrae quasi completamente alle nostre esplorazioni dalla parte anteriore.

Traendo occasione da questo caso clinico ho voluto eseguire anche io la percussione dorsale del cuore su quasi tutti gl'infermi che passavano pel nostro Ospedaletto. Si trattava di giovani bene costituiti e con l'apparecchio cardiovascolare quasi sempre in condizioni normali ed ho acquistato il concetto che la percussione dorsale in condizioni fisiologiche non dà risultati apprezzabili. I limiti della ottusità dorsale, quando il cuore è sano, non sono rilevabili nel maggior numero dei casi; anche eseguendo una percussione molto forte non si notava alcuna differenza di suono. Deve farsi eccezione per quelli che hanno una lunga degenza in Ospedale e che a causa dei loro mali sono costretti a starsene a letto in posizione supina per molti giorni. In questi ammalati è assai facile riscontrare una zona di ottusità dorsale a sinistra della colonna vertebrale; e ciò per la maggiore apposizione del cuore contro la parete posteriore del torace a causa del lungo periodo di decubito supino; ed ho potuto perfino constatare che se uno di questi infermi migliorava in maniera da potersi levare da letto per alcune ore del giorno, la zona di ottusità retrocardiale andava rapidamente scomparendo.

In questo ammalato l'ottusità dorsale era evidentissima; malgrado che l'infermo si levasse tutti i giorni da letto riusciva abbastanza agevole determinarne i limiti netti. Detta ottusità non poteva esser data che dall'orecchietta sinistra dilatata e dalla maggiore sua apposizione contro la parete posteriore toracica, dando anche all'ascoltazione il soffio sistolico propagato dalla punta in corrispondenza di detta zona. Il fatto degno di rilievo si è che detta ottusità invece che a sinistra si presentava a destra della colonna vertebrale; e non è da pensare che potesse esser data dall'orecchietta destra, giacchè quest'ultima si sviluppa indietro in un piano notevolmente inferiore a quello dell'orecchietta sinistra. La sola spiegazione plausibile è quella di ammettere che vi fosse un discreto grado di orizocardia. Data la naturale disposizione obliqua del cuore riesce agevole comprendere come, un poco per la dilatazione del seno ed un poco per l'ipertrofia del ventricolo destro, il cuore adagiandosi sul diaframma dal lato destro, avesse assunto una disposizione più orizzontale da far corrispondere l'orecchietta sinistra a destra della colonna vertebrale. Dalle cose anzi dette possiamo quindi venire alle seguenti:

Conclusioni.

1. Per rendere più netta l'ascoltazione dei rumori cardiaci nei casi in cui a prima vista non è agevole la loro esatta determinazione, oltre le pratiche finora usate: esercizi fisici, cardiocinetici, ecc. può essere utile la pressione sull'aorta addominale esercitata con le dita della mano nell'atto in cui si ascolta.

2. Detta osservazione è possibile solo nei casi in cui l'addome è sprovvisto di adipe ed è facilmente trattabile.

3. La percussione della regione dorsale retrocardiale in condizioni fisiologiche dell'apparecchio cardio-vascolare non dà risultati apprezzabili e solo negli infermi obbligati a rimanere a letto per lungo tempo in posizione supina, per la maggiore apposizione del cuore contro la parete posteriore del torace, è possibile riscontrare una zona dorsale di ottusità.

4. La percussione della regione dorsale può riuscire invece utile in casi di cardiopatie specie per determinare le condizioni dell'orecchietta sinistra, per rilevare la posizione del cuore e le possibili cardioptosi dando così un quadro molto più esatto e completo delle condizioni in cui si trovano le varie parti del cuore.

BIBLIOGRAFIA.

Azoulay. Acad. de Médecine, 10 maggio 1892. Gazette des Hôpitaux, 5 nov. 1892. Thèse de Doctorat. Parigi, 1892.

Signorelli. *La ipofonesi vertebrale nelle malattie del cuore e dell'aorta.* Policlinico, 1904.

Ferrannini - Arnone. *L'ottusità posteriore del cuore in condizioni normali e patologiche.* Riforma medica, 1903.

Ewart. The Lancet, 1889.

Teissier. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1901.

Liskenewski. Thèse de Lyon, 1901.

SERVIZI SANITARI.

Conferenza interalleata di Londra sull'assistenza agli invalidi della guerra.

ITALIA. — Assistenza ai tubercolosi.

Relazione del ten. col. prof. C. BADUEL, ispettore medico, capo ufficio provvidenze sanitarie sociali al Comitato centrale della Croce Rossa italiana, e del magg. dott. G. MENDES, capo sezione servizi ospitalieri alla Direzione generale di sanità militare, Ministero della guerra.

L'attuale guerra, nel fervore delle opere, che nel campo sociale ha provocato, come una legittima difesa dai danni di questo terribile episodio dell'attuale momento, ha avuto una benefica influenza nel campo della lotta antitubercolare, che in Italia fino ad oggi non aveva ricevuto che un impulso limitato, sproporzionato alla vastità ed importanza del grave problema.

La Sanità militare, che nell'apprestare con larghezza di vedute e di mezzi la necessaria assistenza ai feriti ed ai malati della guerra, compiendo una mirabile organizzazione al fronte e nella zona territoriale, che trovò incondizionato apprezzamento in paese e l'elogio entusiasta nelle numerose missioni dei paesi alleati che ebbero occasione di vederla in azione e di constatarne la perfezione e l'efficacia, dedicò senza risparmio fin dal principio della guerra le sue preziose energie ad attuare quelle provvidenze che la scienza moderna additavano come le più propizie a soccorrere la numerosa schiera dei militari tubercolosi che venivano ad essere segnalati nell'esercito combattente, quelli che si presentavano all'arrolamento e quelli che l'Austria in gran numero ci restituiva dalla crudele prigionia.

La Sanità militare, colle provvidenze felicemente istituite per l'assistenza ai militari tubercolosi, ha risvegliato in Italia la grave questione della lotta antitubercolare. Essa ebbe l'esatta concezione che, oltre al dovere di assicurare all'esercito le migliori condizioni di integrità igienica, eliminando tra le sue file gli affetti da tubercolosi, si trovava nella condizione di avere identificato, per una eccezionale circostanza, la grande maggioranza dei tubercolosi maschi, essendo chiamati alle armi tutti gli uomini dai 18 ai 44 anni, in quel periodo, cioè, della vita che è più propizio alla tubercolosi, e si trovava perciò nella favorevole condizione di poter compiere una larga bonifica umana impedendo che tornassero alle loro famiglie, eliminando così immancabili fonti di contagio, e nel tempo stesso poter loro assicurare un adatto ricovero in appositi istituti, dove attuare le cure del caso. La Direzione generale della Sanità pubblica vi ha efficacemente concorso, mettendo a disposizione un ricco materiale di ricovero (baracche) e coordinando, col provvido decreto del 4 aprile 1918, tutte le risorse antitubercolari italiane. La Croce Rossa italiana, entrata fin dal principio in tale orbita di provvidenze sanitarie per la guerra, ha coadiuvato colla sua valida organizzazione alla attuazione del comune programma di assistenza ai militari colpiti dalla tubercolosi.

L'epurazione dall'esercito degli elementi contagiati dalla tubercolosi fu attuata:

1° intensificando la severità della selezione degli elementi chiamati sotto le armi;

2° raddoppiando la sorveglianza sanitaria sugli elementi sospetti già assunti in servizio e provvedendo ad eliminarli.

Le statistiche che la Direzione generale della Sanità militare aveva su larga scala ordinato dimostrarono troppo chiaramente che la cifra dei riformati per tubercolosi era inversamente proporzionale al tempo trascorso sotto le armi; che, cioè, mentre risultava altissima la cifra dei tubercolosi riformati dopo appena un mese di servizio, restava abbastanza modesta la percentuale dei militari riformati per tale infermità, dopo un lungo periodo di vita militare. Evidentemente erano stati assunti in servizio dei tubercolosi che si trovavano in un periodo di latenza o di sosta dei fenomeni attivi della malattia e che, sottoposti alle fatiche della vita militare e ai disagi della guerra, venivano tolti da quello stato di equilibrio in cui forse sarebbero rimasti indefinitivamente e presentavano una rapida ascensione del morbo. Tale asserzione ha la più ampia conferma nel ricco materiale di ricerca radiologica che i centri diagnostici militari hanno in grande copia accumulato, dove questa tesi ormai da tutti accettata trova innegabile dimostrazione, senza con questo si debba negare una percentuale di forme tubercolari che ripetono la loro origine, più che da un focolaio pregresso, da fattori strettamente legati a peculiari condizioni di contagio.

Ad ottenere una selezione, basata su principî diagnostici sicuri, capaci di segnalare anche le forme incipienti senza ricorrere, per ammettere una tubercolosi in atto alla constatazione del bacillo di Kock nell'escreato, che fino ad ora, purtroppo, era stato il criterio indispensabile, la Direzione di Sanità militare creò in ogni Corpo d'armata territoriale e presso ciascuna delle armate in zona di guerra degli speciali riparti di accertamento diagnostico per le forme incipienti e larvate della malattia, quelle che sono in genere difficilmente dimostrabili ad un esame clinico som-

mario, ma che, dopo pochi mesi di vita militare, dànno luogo all'insorgere di tubercolosi aperte e gravi, di solito letali per l'ammalato, sempre pericolose per la diffusione del contagio. Tali centri furono provvisti dei mezzi più moderni di esame clinico, radiologico, laringoscopico, e vi fu posto a capo un personale tecnico di riconosciuta competenza nella specialità. Un ispettore straordinario vigila il loro andamento. Tali centri funzionarono e funzionano nella maniera più ordinata ed hanno dato i migliori risultati pratici. Ad essi affluiscono dai Consigli di leva, dai Distretti, dai Corpi tutti i militari lontanamente sospetti ed ivi permangono il tempo necessario per istruire una ricerca che abbia fondamento di sicura diagnosi.

Uno speciale centro di accertamento e di smistamento venne istituito a Nervi (Riviera Ligure) per i sospetti reduci dalla prigionia, grande formazione sanitaria capace di 1200 letti, dove essi affluiscono a mezzo di un treno speciale contumaciale della Croce Rossa italiana e dove viene praticato l'accertamento diagnostico, e donde con appositi treni della benemerita Associazione vengono smistati negli speciali centri sanatoriali con criteri il più possibile regionali, per far loro fruire della vicinanza delle rispettive famiglie, elemento di grande importanza morale che beneficamente influisce sullo spirito di questi disgraziati. Un altro centro simile è stato recentemente apprestato a tergo della zona di guerra, destinato ad accogliere gl'infermi provenienti dalle truppe mobilitate. Esso risiede a Careggi, presso Firenze, in località opportuna e in magnifici ambienti di nuova costruzione, ed è anche esso provvisto d'un riparto di accertamento diagnostico, munito di tutti i mezzi di ricerca che la scienza medica ha riconosciuto oggi indispensabili per una diagnosi razionale.

Vengono così, a seconda del grado della lesione, raggruppati i militari tubercolosi in tre categorie:

1ª affetti da tubercolosi chiusa o comunque iniziale (1° stadio);

2ª affetti da forme di media gravità (2° stadio);

3ª affetti da forme più gravi e a decorso rapido (3° stadio).

Le reclute ed i militari riconosciuti immuni dalla tubercolosi vengono restituiti al servizio militare, curando che quelli che presentino peculiari condizioni generali e locali da considerarli dei predisposti alla tubercolosi vengano assegnati ai soli servizi sedentari.

Quelli riconosciuti malati di tubercolosi vengono prosciolti da ogni servizio e segnalati all'autorità civile se provenienti dai consigli di leva e dai distretti: se già incorporati nell'esercito vengono trattenuti a riforma sospesa e ricoverati negli speciali centri sanatoriali con le modalità di cui appresso:

La 1ª categoria viene avviata ai così detti *istituti climatici*, volendosi nella denominazione di questi e degli altri luoghi di cura escludere la parola sanatorio, il cui significato di ricovero di tubercolosi è ormai di dominio comune. Questi istituti climatici, situati in località opportunamente scelte, in collina, al mare, perchè il fattore terapeutico intervenga con la sua potente azione medicatrice, allestiti in fabbricati che posseggano necessari requisiti di ambiente e corredati del necessario per un propizio ricovero ed una conveniente cura, sono stati fondati e sono gestiti dalla Croce Rossa italiana, che ha voluto mettere a disposizione della Sanità militare, con la maggior larghezza di vedute e di mezzi, le proprie energie, e che si è dedicata con fede ed entusiasmo alla lotta antitubercolare in Italia. Sono già in funzione sette istituti climatici di Croce Rossa (vedi prospetto accluso) per le forme polmonari con 900 posti-letto: quelli di Marina di Massa sono destinati alle forme tubercolari glandulari ossee. In questi istituti climatici, per la cura delle forme incipienti, i militari infermi possono rimanere fino a sei mesi, a riforma ed a spesa completa dell'amministrazione militare, che, espletato il periodo di cura, si riserva di sottoporli a nuova visita presso i riparti di accertamento diagnostico che ne avevano proposto lo speciale ricovero, per gli ultimi provvedimenti medico-legali.

La 2ª categoria viene inviata con treni speciali di Croce Rossa, muniti di adatto attrezzamento, in speciali formazioni sanatoriali, allestiti dalla Sanità militare, di cui alcuni a tipo nosocomiale, distinti col nome di *ospedali regionali*, sempre in base al concetto di una provvida concentrazione nella regione cui appartengono; altri, chiamati *campi o colonie climatiche*, composti di raggruppamenti di baracche, veri padiglioni ospitalieri modernamente arredati, che vengono appoggiati a qualche opera in muratura, dove allogare gli uffici ed i servizi. Essi sorgono col generoso concorso della Direzione generale della Sanità pubblica cui spetta il ricovero e la gestione dei militari che per effetto della riforma tornano privati cittadini e che anche in tali formazioni avranno una congrua disponibilità di posti-letto.

Gli ospedali regionali servono a ricoverare i tubercolosi che abbisognano di una assistenza ospedaliera, e sono sorti in rilevante numero

trasformando ospedali territoriali già esistenti e funzionanti, o venendo impiantati in fabbricati ed in località coi voluti requisiti di ambiente; lunga sarebbe la loro enumerazione. Anche la C. R. I. ne ha in funzione diversi con una disponibilità di 640 posti-letto (vedi prospetto accluso). Altri ne sta allestendo. Purtroppo questo ricovero, che avrebbe potuto trovare, data la grande disponibilità di ospedali della zona territoriale, facile attuazione, viene spesso ostacolato dalla ingiustificata ostilità degli enti pubblici e delle popolazioni, che non vedono che i pericoli vengono non dalla concentrazione dei tubercolosi in appositi ospedali, ma dal ritorno in famiglia del militare tubercoloso, che va a costituire un nuovo centro di infezione.

I campi o colonie climatiche saranno più specialmente destinati ai casi pure avanzati di tubercolosi, ma dove è logico sperare dalla vita all'aria aperta, in ottimo clima, in mare od in montagna, dal buon nutrimento, dal riposo continuato e dalle provvidenze terapeutiche più opportune, una sosta nel male, un miglioramento, forse per qualcuno la guarigione. Negli ospedali regionali e nei campi climatici i militari tubercolosi soggiornano per un periodo di tre mesi circa, trascorso il quale vengono espletate le pratiche della riforma.

La 3ª categoria, dei gravi, di cui purtroppo i giorni sono inesorabilmente contati, viene a mezzo di vagoni attrezzati della C. R. I. trasferita in appositi riparti ospitalieri per tubercolosi istituiti in ogni Corpo d'armata e negli ospedali regionali.

Un ispettore straordinario è preposto a tal servizio di ospitalizzazione.

Le provvidenze di assistenza in vantaggio dei *riformati per tubercolosi* sono state in questi ultimi tempi oggetto speciale di cure da parte della Direzione generale della Sanità pubblica. In seguito ad un felice accordo fra il Ministero della guerra e quello dell'interno, a tutti questi malati, salvo restando il diritto a pensione per i riconosciuti come invalidi per causa di servizio, verrà d'ora innanzi a continuare la possibilità dell'assistenza e della cura. In luogo di concedere, come era già convenuto di fare, una gratificazione pari ad un anno di assegni, è venuta nella determinazione di concedere una quota di concorso alla cura (quota assistenziale) tutte le volte che l'ex-militare abbia bisogno del ricovero nel sanatorio, e ciò fino a tre anni dall'avvenuta riforma. Egual quota, in favore di ciascuno di questi ammalati tornati alla vita civile, verrà versata dal Ministero dell'interno in modo da completare così una spesa di retta pari a lire 5 per ogni giornata di degenza. Durante la permanenza negli istituti di cura dei riformati per tubercolosi sarà corrisposto altresì alle rispettive famiglie un soccorso giornaliero, pari a quello che è assegnato ai parenti dei militari richiamati alle armi. La portata di questa recente disposizione appare, a chi la consideri nelle sue conseguenze pratiche, assai notevole: il tubercoloso tornato in seno alla propria famiglia potrà lasciarla senza preoccupazioni per la mancanza del concorso del proprio lavoro, sapendo che lo Stato provvede ad un congruo sussidio che lo compensa; d'altra parte la famiglia non mancherà di fare atto di persuasione presso il congiunto perchè provveda alla propria salute e lo spingerà verso il sanatorio.

Provvidenze tutte che investono direttamente il grande problema sociale della lotta contro la tubercolosi e che daranno dei risultati indubbiamente notevoli. Quale differenza da quanto avanti la guerra si faceva! L'articolo 70 dell'elenco delle infermità che sono causa di riforma prescriveva che i militari riconosciuti affetti da tubercolosi polmonare dovessero senz'altro venire eliminati dall'esercito, e ciò aveva per ineluttabile conseguenza che essi tornassero alle loro famiglie senza cure, senza mezzi pecuniari per attuarle, senza un'educazione igienica che li mettesse in grado di comprendere di qual pericolo essi fossero sorgente per i loro cari e per la società. Oppure, giacchè l'affermazione diagnostica di tubercolosi era esclusivamente basata sulla constatazione del bacillo di Kock nell'escreato, molti certamente tubercolosi rimanevano nelle file dell'esercito protetti da una vaga diagnosi di catarro bronchiale più o meno cronico, localizzato, di broncoalveolite, deperimento organico, oligoemia, ecc.: per cui una sorgente certa in sostanza, negativa in apparenza, legalmente autorizzata, di contagio nell'esercito stesso.

La guerra ha compiuto il miracolo di orientare la coscienza di quanti del grande problema della tubercolosi sono direttamente i responsabili ed avviarla a cercare soluzioni sanitarie, economiche, sociali degne della sua importanza. Il problema della tubercolosi nell'esercito ha mosso il problema sociale della lotta contro la tubercolosi in Italia e lo avvia ad una soluzione. La Direzione generale di sanità militare, la Direzione generale della sanità pubblica sono strettamente unite e cooperanti con perfetta intesa all'unico scopo. La Croce Rossa italiana si è ad esse unita e partecipa con la sua organizzazione alla risoluzione del problema di guerra riguardante la tubercolosi. Ma è sua ferma intenzione di cogliere occasione dal doloroso episodio per entrare con tutti i mezzi di cui dispone nella lotta contro la tubercolosi in

Italia, coordinando la propria opera con quella degli enti e delle Associazioni cui è fine il medesimo scopo, in modo da poter, nella tranquillità del periodo di pace, dedicare tutta sè stessa a questa grande opera igienica sociale.

Allestimenti antitubercolari in Italia nei vari corpi d'armata per cura della Croce Rossa italiana.

1. *Sanatorî* (Istituti climatici) per tubercolotici al 1° stadio:

Bergeggi (Riviera ligure). Ospizio marino « Luigi Merello », posti-letto 200.

Fara Sabina (Collina laziale). Sanatorio permanente « Emilio Maraini », posti-letto 100.

Marina di Massa (Spiaggia marina). Ospizi marini: « Giuseppe Pisa », « Marchetti », « Quisisana », « San Giuseppe », posti-letto 450.

Firenze (Colline fiesolane). « Villa Zubalow », posti-letto 150.

Totale posti-letto 900.

2. *Ospedali regionali* per tubercolosi di media gravità:

Firenze (Colline fiorentine). « Villa Romana », posti-letto 70; « Convento delle Teresiane », posti-letto 170.

Catania (Spiaggia marina). « Buon Pastore », posti-letto 200.

Jesi (Aperta campagna). « Villa Seminario », posti-letto 200.

Totale posti-letto 640.

3. *Treni-ospedale contumaciali*:

1° Treno dalla frontiera svizzera al centro di accertamento e smistamento di Nervi.

2° Treni da Nervi ai vari luoghi di ricovero della periferia.

Allestimenti antitubercolari in Italia, nei vari corpi d'armata territoriali, per cura della Sanità militare.

1. *Ospedali regionali per tubercolotici di media gravità*:

Torino - Ospedale « Regina Margherita », posti-letto 870.

Milano - Ospedale « Grande Hôtel Prealpi » Viggiù, posti-letto 270.

Genova - Ospedale di Loano, posti-letto 360.

Roma - Ospedale di Porta Furba 608; Ospedale di Vigna Pia, posti-letto 200.

Napoli - Ospedale « Sacro Cuore » Portici, posti-letto 400.

Bari - Ospedale « Santa Rosa » in Lecce, posti-letto 800.

Palermo - Ospedale « Sieri Pepoli », Trapani, posti-letto 300.

Totale posti-letto 3808.

2. *Impianto reparti speciali per tubercolosi gravi nei vari Ospedali dei diversi Corpi d'armata*:

Alessandria, posti-letto 130; Milano, 299; Genova, 105; Bologna, 58; Ancona, 100; Firenze, 110; Napoli, 107; Bari, 100; Palermo, 84; Piazza marittima di Spezia, 10; Divisione militare di Cagliari 40.

Sono inoltre istituiti due centri sanitari di smistamento: uno a Nervi per la ricezione dei tubercolosi ex-prigionieri restituiti dall'Austria, dell'efficienza di 1050 posti-letto, ed uno a Careggi (Firenze) per i tubercolotici provenienti dalla zona di guerra, dell'efficienza di 500 posti.

In tutti i corpi d'armata sono inoltre istituiti reparti di accertamento diagnostico per militari tubercolotici, della capacità media di 200 posti-letto. (Il corpo d'armata di Roma ne possiede due).

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il significato dell'emorragia rettale.

(A. A. Landsman. *Medical Record*, 12 genn. 1918).

Le principali condizioni che danno luogo a questo sintoma sono le seguenti:

Chirurgiche — A. *Condizioni locali non acute.* 1) tutte le forme di emorroidi eccetto le esterne. 2) ulcerazioni semplici o specifiche (tubercolosi, sifilide, gonorrea, dissenteria). 3) proctite, proctocolite, enterocolite: semplici o specifiche. 4) tumori, benigni o maligni. 5) stenosi semplici o specifiche. 6) prolasso. 7) ragadi. 8) criptite. 9) elmintiasi. 10) diverticoli. 11) ulcere gastriche o duodenali. 12) talvolta la costipazione.

B. *Condizioni locali acute.* 1) corpi estranei. 2) volvolo. 3) invaginazione. 4) ernia strozzata. 5) trombosi portale o mesenterica. 6) febbre tifoide. 7) appendicite. 8) rottura d'aneurisma. 9) emorragie in seguito ad operazioni sul retto e sul colon. 10) ascesso.

Mediche. — A. *Meccaniche.* 1) malattie epatiche. 2) nefriti croniche. 3) scompenso cardiaco. 4) arteriosclerosi e condizioni che accompagnano l'alta pressione.

B. *Da difetto della crasi sanguigna.* 1) emofilia. 2) porpora. 3) leucemia. 4) anemia perniciosa. 5) scorbuto. 6) ittero.

Tossiche — A. *Esogene.* Avvelenamenti da arsenico, mercurio, fosforo, idrogeno solforato, nitrobenzol, ecc.

B. *Endogene.* Scarlattina, febbre gialla, colera, malaria, setticopiemia.

In tutti questi stati, le condizioni date dall'*età* e dalla *costituzione individuale* hanno notevole significato. Nei bambini e fanciulli le cause più frequenti sono il prolasso, le enteriti e coliti, le ragadi, i corpi estranei, compresi i parassit intestinali, i traumatismi, la invaginazione: mentre invece sono rare le emorroidi, la stenosi, i tumori maligni.

Invece nell'adulto la causa più frequente è

data dalle emorroidi, e poi da varie forme di ulcere, ragadi, stenosi, e dal carcinoma.

Professione. Ha importanza specialmente per quanto riguarda le intossicazioni, alcune delle quali possono agire indirettamente, come p. e. il piombo per la grave stitichezza che provoca.

Abitudini. L'alcoolismo, come causa di cirrosi e malattie dei vasi sanguigni, è la causa di congestioni che costituiscono poi il punto di partenza di ulcerazioni e di emorragie. Anche i cibi inadatti, le abitudini antigieniche, il frequente uso di purganti, per la tendenza a produrre proctiti, hanno in definitiva lo stesso effetto.

Malattie. Oltre le affezioni epatiche, che sono causa frequente di emorragie rettali, sono da considerarsi la tubercolosi e la sifilide. La prima è generalmente secondaria a lesioni polmonari; la seconda può dare tali emorragie per lesioni della porzione inferiore dell'intestino; placche mucose, condilomi, ulcerazioni (esclusa generalmente la primaria), proctiti, ragadi.

Protrusione. È causa frequente di emorragia, essendo il retto esposto ad ulcerazioni da sfregamento, ad anomalie di nutrizione e di secrezione. Le cause più frequenti di protrusione sono emorroidi interne, prolasso, polipi mucosi, tumori maligni che spingono in basso la porzione inferiore del retto, cisti e varî tumori peduncolati.

Dolore. Le lesioni che hanno sede nella porzione inferiore (come p. e. le ragadi) pure essendo accompagnate da esigua emorragia, sono dolorose; il contrario avviene invece per le lesioni nelle porzioni alte, come p. e. il carcinoma dell'ampolla rettale, che generalmente non si accompagna a dolori, almeno fino a che non intervengano effetti secondarî sui tessuti vicini. La frequenza delle evacuazioni intestinali, che, nonostante profuse emorragie, non si trova mai nelle emorroidi ed in altre lesioni benigne, è invece caratteristica dei tumori maligni del colon, in conseguenza dell'accumulo di muco, pus e cenci necrotici che irritano l'intestino, provocando un tenesmo quasi costante, che induce a frequentissime scariche. Mentre poi nell'emorragia da lesioni benigne non si osservano o sono affatto modici i disturbi addominali subbiettivi, nelle lesioni maligne si osservano dei veri crampi intestinali, ben marcati e che aumentano col tempo.

Perdita di peso. Contrariamente all'opinione generale, non vi è una stretta connessione fra la perdita di sangue e la perdita di peso; così p. e. per le emorroidi, per i polipi od altri tumori benigni il paziente può perdere giornalmente una notevole quantità di sangue, senza diminuire gran che di peso. Notevole invece è l'effetto esauriente nel carcinoma, poliposi multipla, enteroproctite o coloproctite, anche se accompagnate da scarsa emorragia.

***

Considerati così questi dati anamnestici, è importante rivolgere l'attenzione ai caratteri dell'emorragia stessa, sul tempo da cui dura, sulla quantità di sangue perduta, se esso sia liquido o coagulato, rosso o nero, mescolato o non con pus, muco, brandelli di tessuto, e sulle relazioni con le scariche intestinali. È evidente che, se l'emorragia dura da un certo tempo, si può presumibilmente escludere una affezione maligna, pure ricordando però che questa può innestarsi su quella; così p. e. un adenocarcinoma può svilupparsi sopra un seno fistoloso, che dura da anni.

Quanto ai caratteri del sangue espulso, è bensì vero che esso è oscuro e coagulato quanto più in alto è la lesione, mentre è liquido e rosso quando la lesione si trova in basso; esso però può avere questi ultimi caratteri, anche con una lesione in alto, purchè venga espulso abbastanza rapidamente, mentre può essere nero e coagulato anche nelle lesioni dell'ampolla rettale, quando vi subisca un ristagno.

La quantità del sangue perduto dipende dall'ampiezza della lesione, dalla sua essenza e dall'estensione del processo distruttivo. Scarsa p. e. nella ragade, è invece abbondante nel carcinoma che corrode i vasi sanguigni, nella poliposi multipla, nella coloproctite ulcerativa e simili malattie, che sono estese e constano di un processo patologico, che tende alla distruzione, anzichè alla guarigione spontanea. In queste ultime forme i materiali espulsi contengono in abbondanza muco, pus e brandelli di tessuto, all'opposto dell'emorragia dovuta ad emorroidi, polipi, prolasso, ecc. Talvolta però si ha emissione di sangue puro anche nei processi gravi.

Quando un individuo è portatore di una lesione che tende a dare emorragia, questa può iniziarsi per qualsiasi causa che aumenti la pressione addominale, come il vomito e la defecazione. Quasi caratteristica del carcinoma è invece l'emorragia che si manifesta senza essere preceduta da disturbi rettali ed indipendentemente da movimenti intestinali.

Stretta relazione si ha pure per la perversione delle funzioni intestinali e l'emorragia. Nella costipazione lo sforzo per espellere il con-

tenuto intestinale può determinare lesioni della mucosa; si può addirittura avere necrosi di questa in conseguenza della pressione di masse fecali dure e secche. Nel caso di diarrea la stessa causa che produce questa provoca altresì emorragia, e vi si aggiungono inoltre gli sforzi ed il tenesmo.

Tali sono le direttive per le ricerche da compiersi, ricerche le quali debbono essere abili e complete, non disgiunte dai dati che possono offrire i raggi X ed i metodi di laboratorio.

A. FILIPPINI.

MEDICINA.

La paraganglina come saggio del compenso nella insufficienza aortica.

Prof. ANDREA FERRANNINI, Direttore della Clinica Med. nella Università di Camerino. (*La Clinica Medica Italiana.*

Sulla base di osservazioni cliniche, compiute nella Clinica Medica di Camerino, corredate da ricerche grafiche e da reperti necroscopico-istologici, l'A. illustra che nella insufficienza aortica rispetto al perturbamento idraulico, più speciale a questo vizio strumentale e consistente nell'aumento della pressione differenziale od oscillante tanto nel circolo aortico quanto nella cavità del ventricolo sinistro, la ipercinesi e la ipertrofia di questo ventricolo rappresentano una reazione di adattamento, non mai la base biologica di un compenso, diretto o specifico; anzi, più energicamente lavora il ventricolo sinistro, più si eleva la pressione oscillante, cioè proprio il perturbamento idraulico, più specifico al vizio. Della ipercinesi ed ipertrofia ventricolare sinistra si può parlare come sostrato biologico di un'altra sorta di compenso, che deve considerarsi come indiretto o generico, perchè comune ad ogni vizio cardiaco e tendente a schivare la stasi nelle cavità retroposte alla sede del vizio. Invece le pareti arteriose, finchè si mantengono normali o magari esagerate alquanto nella loro tonicità ed elasticità, riescono a menomare l'aumento della pressione oscillante con le conseguenze morbose annesse e quindi rappresentano, secondo l'A., la base isto-biologica del compenso specifico o diretto, perchè le pareti arteriose, stimolate dallo scarico ventricolare violento, possono reagire energicamente durante l'arterosistole o cardiodiastole, e nel retrarsi attuano un compenso strumentale al vizio strumentale, coartando il bulbo aortico e lo anello d'inserzione delle valvole semilunari e menomando lo allontanamento dei pizzi valvolari tra loro (insufficienza aortica relativa in imminenza di aggiungersi alla insufficienza valvolare assoluta); oppongono una qualche resistenza allo scarico ventricolare sinistro e così moderano la irruenza tanto di questo scarico quanto del carico, cioè dell'aspirazione diastolica del ventricolo sinistro, la quale è proporzionata alla irruenza della sistole e intanto esagera la penetrazione del sangue nel cavo di quel ventricolo durante il riflusso dal circolo aortico; spingono il sangue durante il coartamento del bulbo aortico anzitutto sulla superficie esterna o aortica delle valvole semilunari e le abbassano verso l'orifizio aortico, onde anche in questo altro modo integrano un compenso strumentale al vizio strumentale, perchè menomano l'apertura di questo orifizio e il volume, oltre che la pressione, dell'onda sanguigna, la quale vi passa durante lo scarico ventricolare e tende a passarvi durante il carico ventricolare attraverso le valvole insufficienti; coartandosi durante l'arterosistole o cardiodiastole, elevano la pressione costante, la quale nella insufficienza aortica è bassa, e l'aumento indotto nella pressione cardiodiastolica del circolo aortico rende meno irruento il successivo svuotamento sistolico del ventricolo in quel circolo; impediscono che l'aumento della pressione arteriosistolica nel circolo aortico si risolva in maggiore penetrazione di sangue nel ventricolo sinistro durante la cardiodiastole, poichè tendono a tenere abbassate le valvole aortiche e meno pervio l'orifizio e il bulbo aortico, proprio durante quella fase della rivoluzione cardiaca; moderando gli sbalzi esagerati della pressione oscillante nelle correnti interstiziali dei vari organi e tessuti, attenuano il danno traumatico, tossico (intossicazione anzi tutto da fatica) e distrofico (per la brusca ischemia arteriosa della cardiodiastole che segue ad ogni brusca iperemia arteriosa della cardiosistole) nei vari tessuti e organi, con le annesse angine *pectoris* o *abdominis*; emorragie e trombosi cerebrali, gangrene degli arti, mejopragie funzionali del miocardio, dei reni, del fegato; intervenendo a regolarizzare la idraulica nel circolo aortico, menomano lo sforzo del viscere cardiaco e vi migliorano il circolo coronario per modo che nel bilancio energetico del miocardio l'esito è menomato e lo introito risulta più assicurato.

L'amministrazione dello estratto surrenale, sotto forma di paraganglina e in dose da indurre un aumento modico della tonicità vasale, costituisce, secondo le ricerche dell'A., un saggio semejologico e prognostico, utilizzabile in clinica per sondare la sufficienza funzionale delle pareti arteriose, cioè il principale sostrato

biologico del compenso specifico o diretto nella insufficienza aortica. Infatti, dalle ricerche dell'A. è risultato che, in infermi d'insufficienza aortica, quando il polso nelle arterie si è modificato per azione della paraganglina e nel senso di aumento della tono-elasticità vasale, allora si sono attenuate le sindromi connesse al perturbamento idraulico, direttamente conseguente al vizio strumentale (cardiopalmo, ambascia respiratoria, insonnia, polso scoccante, danza delle arterie, polso degli organi), cioè la sindrome dello scompenso specifico, e si sono attenuati anche lo slargamento dell'aia plessica aortica e la intensità del soffio a secondo tempo nel focolaio aortico; per contrario, quando le arterie non hanno risposto affatto o hanno risposto insufficientemente allo stimolo endocrino della paraganglina, allora la sindrome dello scompenso specifico non si è attenuata e la sindrome molteplice della ipocinesi miocardica o scompenso generico, se preesisteva, non si è modificata affatto; se non preesisteva, si è presentata a breve scadenza; e a scadenza egualmente breve l'asistolia o scompenso generico ha avuto un esito letale, tetragono ad ogni sorta di farmaco cardiocinetico. Alla necroscopia, il miocardio si è presentato integro come fibra muscolare, ad onta che la morte siasi verificata per irrimediabile resa del viscere cardiaco. Questa irrimediabilità dell'asistolia quando le pareti arteriose non reagiscono al saggio della paraganglina è una comprova *ex juvantibus* che nella insufficienza aortica lo stato dei cuori periferici, finchè è saldo, permette al miocardio o cuore centrale di sopportare senza molto danno i perturbamenti, più speciali a quel vizio strumentale, cioè rappresenta la base del compenso specifico o diretto. In caso contrario, la resa dei cuori periferici dà il segnale per la resa irrimediabile del cuore centrale. A. S.

CHIRURGIA.

L'operazione radicale addominale per cancro del collo dell'utero.

(COMYNS BERKELEY e VICTOR BONNEY. *The Br. Medical Journal*).

Dall'aprile 1907 al settembre 1911 gli AA. hanno operato cento casi di carcinoma del collo uterino col metodo addominale radicale: è dunque giunto il momento di passar in rassegna questi casi dal punto di vista della guarigione assoluta, poichè è universalmente ammesso che la paziente che ha passato il periodo di cinque anni senza la comparsa di recidive, può esser considerata come guarita permanentemente.

Il carattere dell'operazione. — Gli interventi eseguiti dagli autori sono assai completi: ablazione dell'utero e del suo collo, della porzione superiore della vagina, delle ovaie, delle tube, dei legamenti larghi, dei tessuti parauterini e paravaginali fino alla superficie superiore dell'elevatore dell'ano, delle ghiandole e del cellulare della fossa otturatoria. Pes eseguire questo vasto vuotamento gli ureteri vennero interamente isolati per i 2/3 anteriori del loro decorso intrapelvico: e in alcuni casi parte di un uretere venne deliberatamente resecato e il moncone superiore impiantato sulla vescica. Similmente ebbero occasione di escidere una porzione di quest'ultimo viscere, quando ne era impossibile la dissezione dal collo uterino, a causa della diffusione neoplastica. Quando furono trovate patentemente cancerose le ghiandole circondanti l'arteria e le vene iliaca ed esterna, la dissezione fu spinta fino alla biforcazione dell'aorta. Tale linea di condotta essi segeuirono in tutti i casi, a sviluppo precoce o avanzato, ritenendo che il pericolo minore di una operazione parziale è mal compensato dalla diminuita probabilità di guarigione definitiva.

Si intervenne in ogni caso nel quale appariva qualche possibilità di rimuovere il tumore: fra le pazienti ne figurano di quelle che erano state rimandate anche da due o tre ospedali, perchè dichiarate inoperabili.

Furono messi in opera tutti i mezzi per mantenere il contatto con le operate e ottenerne notizie sull'esito postoperatorio: impresa in vero spesso non facile specie nel caso di operaie use a cambiare di abitazione e anche di città. Comunque, in complesso, il successo da tale punto di vista è stato notevole mancando le notizie di soli sette casi.

I *risultati complessivi* sono esposti nella tavola seguente:

Casi morti in seguito all'intervento . .	20
» morti per recidiva	32
» morti di altre malattie	2
» perduti di vista	7
Guarigioni	39
	100

Mortalità operatoria. — Nelle cifre che la riguardano sono inclusi tutti i casi di morte dovuta all'intervento, sia a pochi giorni, sia a parecchie settimane da questo. Va notato che essa molto dipende dal metodo che il chirurgo segue nell'operazione: se si contenta di una estirpazione relativamente parziale e si rifiuta di operare i casi avanzati e non ben limitati, la mortalità operatoria sarà bassa; mentre se pratica una rimozione veramente radicale e

aggredisce la più parte dei casi, elevando il limite della operabilità fino al possibile, essa sarà alta. Gli AA. hanno seguito questa seconda linea di condotta, ritenendola più giusta.

Casi con invasione glandolare. — In tutti e cento i casi venne eseguito l'esame microscopico delle ghiandole regionali: in 35 esse furono constatate cancerose: è in questi ultimi, come era da aspettarsi, che si ebbe proporzionalmente la maggiore mortalità e la maggiore recidività: tuttavia un certo numero di essi guarirono, il che risulta dalle cifre seguenti:

	Ghiandole cancerose	Ghiandole non cancerose
Morti in seguito all'intervento	9	11
Morti per recidiva	16	16
Morti per altre malattie	1	1
Perduti di vista	2	5
Guarigioni	7	32
	35	65

Il fatto che fra i casi guariti ne figurano sette in cui le ghiandole al momento della operazione furono constatate cancerose, giustifica il valore di essa anche nei casi molto avanzati.

Recidive. — Si ebbero alla seguente distanza dall'operazione: 4 casi prima di un anno; 11 fra 1 anno e 18 mesi; 10 fra 1 anno e mezzo e 2 anni e mezzo; 6 fra 2 e mezzo e 4 anni; 1 fra 4 e 4 anni e mezzo. Le recidive precoci si verificarono nella vagina, le tardive nella pelvi.

Morti per altre malattie. — Un caso presentava già tubercolosi polmonare all'epoca dell'intervento, e di questa malattia veniva a morte un anno dopo; l'altro moriva pure un anno dopo, per sepsi urinaria acuta, successiva a un'operazione per chisura di una fistola vescicale, formatasi in seguito alla Wertheim. Nè l'uno nè l'altro al momento della morte presentavano segni di recidiva.

Casi perduti di vista. — Sebbene essi non possano avere valore nella statistica, giova riferire fino a quando se ne ebbe notizia. Ciò risulta dalla tavola seguente:

Conosciuti in buona salute	1	anno dopo l'operazione	1
» » »	2	anni » »	3
» » »	3	» »	2
» » »	3 ½	» » »	1
			7

Guarigioni. — Assommano, come si disse, a 39: sono esposti singolarmente in una tavola, specificando le date dell'operazione e lo stato delle ghiandole: da essa risulta che 1 risale al 1907, 10 al 1908, 8 al 1909, 7 al 1910 e 13 al 1911: di tutti si sa che attualmente sono in buona salute.

Operabilità. — Varia, come vedemmo, per i vari chirurgi ed è indispensabile per conoscere i risultati definitivi riguardo all'efficacia dell'intervento. Fino al settembre 1910 gli AA. operarono 70 casi su 112 presentatisi, sia nella consultazione privata, sia dalle corsie ospedaliere: vale a dire il 62,5 %. Dopo quell'epoca l'Ospedale cui essi sono addetti fu incaricato del trattamento del cancro col radio: la conseguenza fu che alla loro osservazione si presentò un molto maggior numero di casi avanzati, che, respinti da altri ospedali, venivano a questo per tentare l'ultima prova. Se quindi essi prendessero per stabilire la loro operabilità le cifre riferentisi a quest'ultimo periodo si avrebbero dati ingannatori: essi quindi ritengono giusto, avendo conservato gli stessi criteri, mantenere la percentuale sopra riportata. I 100 casi di tutta la serie quindi si possono ritenere scelti da 160 pazienti.

Curabilità e guarigione. — Varie formule sono state adottate per ottenere un apprezzamento matematico dei risultati ultimi e dei vantaggi attualmente offerti dall'operazione; ma gli AA. credono non sia il caso qui di servirsene. Essi fanno notare semplicemente qualche cifra. Di 100 pazienti curati si ebbe la guarigione in 39; ma, se si tolgono i 7 perduti di vista, nei 93 rimasti si ha la guarigione nel 41,9 %, che si eleva al 42,8 se si tiene conto dei due morti per altra malattia. D'altra parte, se si fa astrazione dei casi morti in seguito all'operazione, per giudicare l'efficacia di questa rispetto alla guarigione, si ha il 48,7 % di guariti; che aumenta al 53,4 se si tolgono i 7 perduti di vista, e al 54,9 togliendo i due morti per malattia intercorrente: vale a dire 39 guarigioni sui 71 casi guariti dall'operazione, e in cui è conosciuto l'esito finale rispetto al carcinoma. Infine confrontandoli coi 160 casi presentatisi si ha il 24,3 % di guarigione, che diviene il 25,8 % sui 151 casi (fatte le due sottrazioni di cui sopra).

Prolungamento della vita. — È stato dimostrato da uno studio di A. Leicht su 1000 casi, e confermato da altri, che nelle pazienti non operate la durata media della vita dai primi sintomi alla morte è di 1 anno e 9 mesi. Gli AA., in base alle loro esperienze, hanno fissato che le pazienti si presentano in media a 6 mesi di distanza dai primi sintomi: quindi con una prospettiva di vivere ancora, in media, per un anno e 3 mesi. Se sopravvivono dun-

que all'operazione per 3 anni, essa ha indubbiamente prolungata la loro vita. Su queste basi risulta che degli 80 casi, che non morirono in seguito all'intervento, 49, cioè il 61,2 per cento, ebbero prolungata la loro vita, cioè:

Casi guariti	39
Recidivi	7
Perduti di vista . . .	3
	49

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Adunanza del 12 aprile 1918.

Nuove osservazioni sulla malaria nell'esercito combattente.

Prof. ACHILLE MONTI. — In una breve nota, pubblicata ai primi di ottobre 1916, l'O. aveva pel primo richiamata l'attenzione sulla comparsa di numerosi casi di infezione malarica tra i soldati reduci dalla zona del basso Isonzo e dall'Albania; aveva notato il crescendo delle recidive per febbri imperfettamente curate in diversi ospedali militari; aveva accertato che l'invio di tali recidivi ai depositi aveva creato dei focolai malarici in paesi precedentemente immuni. Perciò aveva proposto che dei militari infetti si facesse la reale *bonifica umana* secondo le norme dettate dal Golgi, e fossero creati sanatorî speciali per malarici in regioni di montagna.

Senza di ciò, secondo l'O., correvà pericolo di andare perduta tutta quell'opera di risanamento, che noi dobbiamo alla nostra sapiente legislazione antimalarica.

Ciò che fu allora preveduto si è realmente avverato.

Le sagge disposizioni del Ministero dell'interno e dell'Intendenza generale non furono applicate, o furono applicate male: se ne ebbe per conseguenza una più vasta diffusione di malaria grave. A sostegno della sua tesi l'O. riferisce nuove osservazioni compiute a Voghera. Mentre nel 1916 passarono attraverso agli ospedali di Voghera circa 240 casi di malaria accertata, nel 1917 i casi accertati salirono a 560. Di questi i due terzi erano recidivi.

Nella metà dei casi la diagnosi era errata; molti, arrivati colla diagnosi di malaria, erano affetti da altre malattie, sulle quali dirà in una prossima nota. Ma ancora più spesso giunsero dei casi con diagnosi di paratifo, tifoide, catarro gastrico febbrile, gastroenterite, febbre gastroreumatica, reumatismo muscolare, e persino con diagnosi di peritonite, di meningite, di itterizia, di infezione settica della ferita, che erano semplicemente dei malarici.

L'O. ritiene perciò che molti dei nostri giovani medici non conoscono affatto la clinica della malaria.

Riassume i quadri clinici osservati, facendo notare la diversa frequenza delle terzane benigne prevalenti in primavera, delle terzane maligne dominanti nell'estate e nell'autunno, delle quartane che si dimostrarono particolarmente rare e comparvero soltanto in autunno avanzato. Tra le infezioni estivo-autunnali ha osservato anche tre casi di vera emoglobinuria malarica. Non raramente ha trovato infezioni miste: terzana benigna ed estivo-autunnale, quartana ed estivo-autunnale.

Rileva la frequenza della terzana maligna non solo fra i reduci di Albania e Macedonia, ma anche tra i militari provenienti dal basso Isonzo. Richiama le difficoltà diagnostiche che offrono questi casi, nei quali lo sviluppo dei parassiti si compie prevalentemente negli organi interni. A spiegare gli accennati errori di diagnosi nota che molti casi di infezione primitiva si presentano come febbri subcontinue, e sono dovute a parecchie generazioni di parassiti, sviluppatesi in seguito ad inoculazioni multiple e successive. Parecchi casi, giunti con diagnosi di terzana benigna, esaminati con insistenza, dimostrarono la presenza di gameti semilunari. Illustra le febbri a lungo intervallo osservate negli estivo-autunnali dopo un certo periodo di cura, facendo notare che talvolta *le recidive, e per la imponenza dei sintomi e per il numero grande dei parassiti ricomparsi nel sangue circolante, si dimostrano più gravi della infezione primitiva.*

Discute le recidive e le interpreta come dovute a *partenogenesi di gameti.*

L'O. ha osservato numerosi casi d'infezione malarica non diagnosticata in militari feriti, che erano stati giudicati affetti da febbre suppurativa. Dalle sue ricerche conclude che specialmente le ferite che interessano le ossa ridestano l'infezione malarica latente.

Per contrario, ebbe occasione di vedere nei malarici, in seguito forse allo strapazzo del viaggio, l'insorgenza di polmonite fibrinosa genuina o di pleurite essudativa. Queste malattie sopraggiunte determinarono sempre l'estinzione della infezione malarica.

Per la diagnosi dei microrganismi rileva l'importanza dell'esame a fresco, che rende più facile la distinzione tra parassiti della terzana e della quartana. Per gli strisci conservati ha usato preferibilmente il metodo May-Grünwald-Giemsa, impiegando soluzioni preparate secondo le formole originali dal dott. Nestore Monti, chimico-capo del Municipio di Pavia. I liquidi del Giemsa e del May-Grünwald, preparati dal dott. Nestore Monti, non hanno nulla da invidiare ai prodotti della casa Grübler.

Non sempre l'esame del sangue, dimostrando gameti circolanti, consente di prevedere le recidive. Spesso negli estivo-autunnali i gameti rimangono annidati negli organi interni e possono ricomparire in circolo talvolta soltanto dopo 15, 30, 40 giorni. Colla recidiva compaiono in circolo le piccole amebe anulari senza pigmento.

Secondo l'O. conviene ridestare l'infezione latente per poterla meglio curare: a tale scopo si è

servito con vantaggio delle cure ferruginose con pillole di Blaud, con Adrenofer Sclavo, oppure con estratto di ippocastano, col bagno freddo, ecc.

Quanto alla terapia, ritiene che il miglior modo di somministrazione del chinino sia la via orale: ritiene sconsigliabili le ripetute iniezioni endovenose, che hanno la loro particolare indicazione soltanto in determinati casi di perniciosa.

Secondo l'O., il clima ha una grande influenza a facilitare la terapia: non giova il clima di mare, dove è troppo facile trovare zone anofeliche e creare così centri di reinfezione. Il clima di montagna è invece efficacissimo, sia perchè riattiva il ricambio materiale, sia perchè ridesta l'attività degli organi ematopoietici, e più facilmente determina il passaggio dei parassiti nel sangue periferico.

Ricorda in proposito quanto già disse al Congresso di Salsomaggiore, circa i sanatorî per malarici in alta montagna, ed insiste sulla loro utilità.

Conclude riaffermando che dopo la guerra dovremo riorganizzare su larga scala la bonifica umana, con criteri esatti e rigorosi, se non vorremo che la malaria dilaghi e diventi più diffusa e più grave di quella che era nel 1887.

VERATTI. — Ricorda che fra i malarici che ha avuto occasione di vedere fino ad ora, in maggior numero in questi ultimi tempi da che dirige una sezione speciale per malarici, ha constatato casi di terzana (semplice o doppia) in grande prevalenza sui casi di estivo-autunnali con gameti semilunari.

Su circa 100 malarici constatati che ha ora in cura, i casi nei quali ha rilevato gametociti semilunari in circolo sono soltanto 3.

Nei riguardi della terapia ricorda di avere in un discreto numero di casi praticato iniezioni endovenose di chinina senza andare incontro ad inconvenienti di sorta.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Varicelle anormali.

Anomalie del periodo di invasione. Questo, di solito, passa inavvertito in causa della sua benignità, sicchè spesso è l'eruzione stessa che inizia la malattia. Tutt'al più il paziente accusa malessere generale, brividi, leggero innalzamento di temperatura, ed al mattino seguente si notano i primi elementi eruttivi; talora si ha anche vomito alimentare.

Eccezionalmente si possono avere dei *rash* pre-eruttivi; qualche volta poi il periodo di invasione riveste caratteri violenti, specialmente nell'adulto, con vomiti, delirio, temperatura alta (40°), convulsioni, dispnea, cefalea, rachialgia, ecc. P. E. Duprat (*Revista méd. del Uruguay*, dicembre) ha osservato un caso in cui l'alta temperatura (40°,6), il polso frequente (160), la dispnea (62 respiri per 1°), i vomiti acquosi, la grande prostrazione, la rachialgia e violenta cefalea, le labbra fuligginose, il subdelirio facevano a buon diritto sospettare il vaiuolo. Tale stato, accompagnato prima da anuria, poi da oliguria e forte albuminuria, durò tre giorni, in cui l'infermo venne trattato con siero fisiologico, adrenalina, olio canforato, impacchi freddi. In seguito comparvero macchie rossiccie al dorso che poi si trasformarono in vescicole jaline; i fenomeni generali, l'albuminuria scomparvero per non lasciare che una benigna varicella senza alcuna conseguenza.

Anomalie dell'eruzione. È noto che il primo aspetto dell'eruzione è una macchia rossiccia, nettamente limitata, quasi sempre di forma allungata, che scompare alla pressione: raramente può essere veduta con tutti i suoi caratteri, sicchè da molti autori viene considerata come una papula, di cui prende l'aspetto dopo breve tempo, per trasformarsi poi in una vescicola jalina.

Talvolta l'eruzione non segue il suo corso fino alla vescicolazione, che può essere limitata a pochissimi elementi, mentre tutti gli altri hanno aspetto di papula (*varicella papulosa*). Di questa forma vi sono tutti i gradi di passaggio.

Varicella ulcerosa. Dal secondo giorno, la vescicola si intorbida sempre più e può ricoprirsi di crosta, che di primo acchito può anche scambiarsi per una ombelicatura. Le vescicole sono della grossezza di un grano di scagliola, talvolta possono invece esser grandi come una moneta da due soldi (*var. ampollosa*) o simulare il pemfigo (*var. pemfigoide*). Queste due forme lasciano poi larghe ulcerazioni di difficile cicatrizzazione.

Varicella suppurata. La vescicola opalescente sta sempre come racchiusa nella pelle: a contorni ben netti, riposa sopra una base rossiccia circondata da una zona leggermente infiammata. Qualche elemento insolito, può subire la fase purulenta, specialmente alla faccia. Queste varicelle suppurate in causa di stafilococchi e streptococchi possono guarire perfettamente, mentre altre volte si danno casi gravissimi terminanti con la morte.

Varicella gangrenosa. È la più grave delle forme maligne; si manifesta quando le vescicole incominciano a disseccarsi; esse si infiltrano di sangue, mentre la cute subisce uno

sfacelo, sicchè si ha una larga superficie ulcerata. Si ha compartecipazione del tessuto cellulare sottocutaneo, ed anche delle aponeurosi. Quando si tratti di organi di poco spessore (narici, padiglione dell'orecchio), si possono avere delle vere distruzioni.

Varicella emorragica. Sono state segnalate macchie ecchimotiche e petecchie; si possono avere altresì epistassi ed ematurie (da nefrite). Estremamente rara è la forma emorragica propriamente detta.

Altre varietà di una certa importanza costituiscono i *rash* post-eruttivi. FIL.

Anomalie delle manifestazioni vacciniche.

Possono riguardare l'*epoca di comparsa*, che può essere ritardata al quindicesimo od al trentesimo giorno, oppure può essere accelerata. Questo differente contegno si spiega con la speciale reattività organica dell'individuo.

Per quanto riguarda la *forma*, invece della classica pustola ombelicata, si possono avere tutti gli stadî (Delobel. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, nov. 1917) fino all'efflorescenza più leggera. In tali casi, invece che di falso vaccino, si tratta di vaccinoide o vaccinella, che può poi dare per inoculazione il vaccino vero. Si osservano tre gradi di sviluppo, cioè papula rosea, appena saliente, papula sormontata da vescicola, papula assai vescicolosa. Il vaccino può anche esistere senza manifestazioni cutanee.

Anomalie di sede: il vaccino si manifesta in punto diverso da quello inoculato o si diffonde per pustole sopranumerarie. Ciò accade specialmente in individui predisposti (eczematosi, impetiginosi ovvero per autoinoculazione.

Anomalie di colorazione. Variano dalle macchie purpuree alla porpora vaccinica, al vaccino ecchimotico e petecchiale. Il vaccino rosso od eruzione post-vaccinica si osserva nell'adulto rivaccinato sotto forma di pustole coperte dapprima da una salienza acuminata, poi da una crosta centrale poco densa. Questa pustola, a diffrenza della normale, contiene numerose emazie e pochi leucociti. Questo vaccino non è autoinoculabile e non conferisce immunità. FIL.

TERAPIA.

La trasfusione di sangue citratato.

Rieux (*Paris méd.*, 23 marzo) propone un metodo, che costituisce una variante tecnica dei procedimenti di trasfusione di sangue con citrato e che riunisce diversi vantaggi a cui accenniamo più sotto.

Lo strumentario è il seguente:

1. Un ago-trequarti per la puntura della vena del *datore*, di 20/10, a punta molto aguzza, che porta una seconda imboccatura nel punto in cui si attacca la prima.

2. Un ago-trequarti per pungere la vena del ricevitore.

3. Un'ampolla di siero di 500 cmc. circa, possibilmente graduata, che contiene la miscela citrata isotonica a 38°, messa in comunicazione, per mezzo di un tubo di gomma, con l'imboccatura obliqua dell'ago del datore.

4. Una bottiglia graduata a due tubulature laterali, l'una superiore, destinata all'arrivo della miscela sangue-siero citrato isotonico, e l'altra inferiore per l'efflusso della miscela.

Un tubo della lunghezza massima di 20 cm. collega la tubulatura superiore con l'imboccatura diritta dell'ago del datore; un altro tubo di 40-50 stabilisce la comunicazione fra la tubulatura inferiore e l'ago del ricevitore. L'orificio superiore è chiuso da un tappo di gomma, con un tubo di vetro, a cui si può adattare una soffieria che serva da pompa premente.

I tubi di gomma possono venir chiusi con pinze metalliche. Tutto l'apparecchio può venire sterilizzato al momento di servirsene.

In precedenza, viene stabilito il regime di deflusso del siero citrato isotonico, in modo da poter fare le miscele di tre parti di sangue per due di siero o di parti uguali; ciò si ottiene alzando l'ampolla del siero od abbassando il recipiente per la miscela. La composizione del siero è la seguente: Citrato di sodio tribasico gr. 6; cloruro di sodio gr. 7,50; acqua distillata gr. 1000.

Andamento dell'operazione. — Con il laccio costrittore si rendono prominenti le vene dell'avambraccio del datore, e si applica sulla cute la tintura di jodio.

Frattanto si fanno gli opportuni raccordi dei tubi: e cioè del tubo del datore rispettivamente con l'ampolla del siero da un lato, con la tubulatura superiore della bottiglia graduata dall'altro; poi la tubulatura inferiore di questa con l'ago destinato al ricevitore; il tubo di questo però si tiene chiuso.

Si lascia defluire il siero (*scaldato* a 38°) contenuto nell'ampolla, in modo da riempire il tubo che va dall'ampolla all'ago, l'ago stesso e il tubo ago-bottiglia graduata. Si chiude il tubo con la pinza, in modo da impedire un ulteriore deflusso, poi, introdotto l'ago nella vena del paziente, si riapre la pinza, sicchè la miscela sangue-siero al citrato defluisce nel recipiente, arrestandosi quando si arriva, p. es. a 500 centimetri cubi.

Si introduce allora l'ago nella vena del ricevitore (eventualmente previa preparazione della vena stessa) e si inietta lentamente. Se occorre iniettare maggiori quantità di sangue, si può frattanto preparare la miscela con un secondo datore.

Con questo metodo, l'operazione per il datore si riduce alla puntura venosa che ogni medico può fare. Inoltre si sottraggono al datore solo 250 cmc. di sangue, ciò che si può fare impunemente con tutti i soggetti, mentre si può iniettare fino a 1000-2000 cmc., prendendo il sangue da diversi individui.

Con questo processo, il sangue è reso incoagulabile dallo stesso momento in cui esce dalla vena: esso poi una volta raccolto nel recipiente può anche venir conservato ed eventualmente lavato col siero di Locke.

È ovvio che, come ogni altro metodo di trasfusione, anche questo può essere soggetto alle solite riserve sulla scelta del datore, sulle possibili reazioni fra le emazie di questo ed il siero del ricevitore, ed alle critiche sugli inconvenienti delle iniezioni di citrato di sodio.

ini.

Sull'uso del citrato di soda nella trasfusione del sangue.

Lewishon (*Journal Amer. Medic. Assoc.* 1917) riferisce i risultati delle sue esperienze e della sua pratica sull'impiego del citrato di soda come anticoagulante nella trasfusione del sangue. Egli ritiene che il 0.20 % di citrato di soda basta per impedire la coagulazione del sangue *in vitro* per due o tre giorni. Nell'uomo adulto si possono introdurre impunemente fino a 5 grammi di citrato: una dose più alta riesce tossica. Tenuto conto della quantità percentuale di farmaco necessaria per evitare la coagulazione e che la trasfusione raramente supera i 1000-1500 grammi di sangue, si vengono ad introdurre 2-3 gr. di citrato di soda, dose assolutamente innocua. Questa sostanza produce nell'organismo un ritardo temporaneo della coagulazione del sangue del paziente, ma il potere coagulante ritorna normale in meno di ventiquattro ore.

Tecnicamente Lewishon consiglia di fare la trasfusione in due tempi: la presa del sangue dal datore e quindi l'iniezione nell'organismo dell'infermo. Per estrarre il sangue si introduce un ago-cannula di grosso diametro nella vena cefalica mediana, in modo che il sangue egorghi rapidamente. Questo sangue è raccolto in recipiente di vetro contenente la soluzione di citrato di soda e si mescola in modo che la proporzione non sia mai inferiore al 2 per mille. Per iniettare il sangue all'infermo si mette allo scoperto la vena mediante una piccola incisione, la cannula è attaccata ad un apparecchio a salvarsan contenente 20-30 cmc. di siero fisiologico. Il sangue è versato nell'apparecchio e penetra nella vena per azione del suo peso.

È naturalmente indispensabile praticare la reazione di Wassermann al datore per evitare un eventuale contagio. Nè bisogna adoperare due volte il medesimo datore senza avere esaminato il suo sangue dal punto di vista dell'emolisi e dell'agglutinazione. Il sangue dei parenti del malato a tale riguardo deve essere esaminato come quello di estranei, anche perchè spesso vi è incompatibilità per ragione della consanguineità. Cherry e Langrock ritengono che nei neonati il sangue della madre può essere sempre impiegato senza pericolo, ma altri autori non sono di questo avviso.

a. a.

L'opportunità di sostituire la soluzione fisiologica con il liquido di Ringer-Locke.

È stato dimostrato che la così detta soluzione fisiologica (cloruro di sodio al 0.75-0.80 per cento) non è isosmotica col plasma sanguigno dell'uomo, nè può considerarsi come liquido fisiologico per i tessuti.

Vennero quindi proposte diverse soluzioni complesse atte a conservare la funzione dei tessuti; fra esse la migliore è quella di Ringer a cui il Locke ha aggiunto il glucosio. La formola di tale liquido è la seguente:

Cloruro di sodio	gr.	9.2
Cloruro di potassio	»	0.42.
Cloruro di calcio ($Ca\,Cl_2$)	»	0.24
Bicarbonato di sodio	»	0.15
Glucosio	»	1.00
Acqua distillata	»	1000.—

Come osserva C. Foà (*R. Accad. med. di Torino*, 1917) questa soluzione realizza fra gli joni Na, K e Ca l'equilibrio necessario per costituire una soluzione veramente fisiologica Mediante la circolazione artificiale della soluzione di Ringer- Locke nelle coronarie di un cuore isolato, questo pulsa per parecchie ore, mentre le pulsazioni non si producono o cessano rapidamente se si usa la soluzione così detta fisiologica.

L'A. richiama l'attenzione sulla necessità di introdurre nell'uso comune questo liquido, che può costituire un importante sussidio terapeutico. Egli cita due casi in cui l'iniezione endovenosa di tale liquido dimostra rapidamente l'efficacia dell'azione sul cuore e sulla circolazione, in individui in preda ad anemia acutissima, l'uno per enterorragia tipica, l'altro per ferita della femorale.

Vi è invero qualche difficoltà tecnica nell'uso di questo liquido. Esso p. e. non può venir usato che qualche tempo dopo la preparazione, poichè cloruro di calcio e bicarbonato di sodio reagiscono lentamente a freddo, producendo una nube di precipitato.

Per ovviare a tale inconveniente, si può tenere la soluzione sterilizzata (priva del bicarbonato di sodio) in comuni-fiale di ipodermoclisi, ed a parte la soluzione del bicarbonato di sodio, da mescolarsi al momento. Oppure si può anche eliminare del tutto il bicarbonato di sodio.

Anche in tal modo la soluzione realizza un notevole vantaggio su quella detta fisiologica, potendo esso venire iniettato senza inconvenienti nelle vene e trovando quindi larga applicazione nelle anemie acute e nei colerosi.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(940) *Indicazioni del pneumotorace terapeutico.* — All'abb. n. 1909:

Rispondo con la sobria parola di chi per il primo ha tentato l'immobilizzazione a scopo terapeutico del polmone malato di tisi:

« Il pneumotorace è un presidio di tisioterapia, d'impiego monolaterale e d'azione diretta puramente locale sul polmone omonimo. La sua azione consta di due, distinte ed indipendenti. La prima, precoce, consiste nell'arresto dell'assorbimento delle tossine locali, donde caduta della febbre, miglioramento dello stato generale, euforia, uno stato di guarigione clinica, che è una delle caratteristiche più spiccate e praticamente apprezzabili del metodo. La seconda azione è una tale per cui l'intera tisi — il processo fondamentale e l'esito ultimo delle escavazioni — volge a guarigione anatomica definitiva ».

Ogni caso di tubercolosi monolaterale può trovare la sua indicazione curativa nel pneumotorace artificiale, purchè non vi siano *sinfisi pleurica*, o *aderenze pleuriche*, o *tisi dell'altro polmone, o malattie concomitanti.*

Controindicazioni naturali al pneumotorace terapeutico sono le *affezioni del circolo*, l'*enfisema polmonare*, la *splancnoptosi*. D'altra parte in mani abili la tecnica è scevra di pericoli, e la cura pneumotoracica non interdice nè influenza alcuna altra cura contemporanea.

Gli effetti immediati della cura sono d'ordinario buoni e tali possono mantenersi a lungo; pochi autori però, ed in casi eccezionali, vantano guarigioni cliniche definitive.

PONTANO.

(941) All'abbonato n. 7207:

Cfr. *Policlinico*, Sezione Pratica, 1916, fascicolo 37, pag. 1112; 1918, fasc. 15, pag. 346.

V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

HALLIBURTON W. D. *Handbook of Physiology.* London, John Murray, 1917.

È il trattato preferito dalle scuole inglesi: come rifacimento completo della classica fisiologia di Kirkes è alla 26ª edizione, come opera di Halliburton è alla 13ª.

Di un *testo* per le scuole ha i migliori requisiti: chiarezza, completezza, brevità.

In 930 pagine (compreso un minuto e preciso indice per materia) l'A. espone in modo perspicuo la fisiologia umana largamente intesa, da' suoi addentellati con l'embriogenesi e l'istogenesi fino alle sue applicazioni alla medicina.

Ogni argomento viene esposto quale risulta dai dati di fatto e senza elucubrazioni storiche o dottrinali, chiarito con rappresentazioni di apparecchi e di strumenti, semplificato da figure schematiche numerose. La ricchezza di figure evidentissime (581) e tre tavole colorate illustrano anche meglio il carattere didattico di questo prezioso manuale. L'opera è tenuta al corrente d'ogni studio più moderno che in qualche modo modifichi le nostre conoscenze.

Noi vogliamo segnalare ai professori, agli studenti e anche ai medici pratici un tale *testo* di fisiologia in cui riesce agevole rendersi esatto e rapido conto dello stato attuale delle conoscenze assodate relative a tutte le funzioni del nostro organismo.

a. v.

G. OVIO. *L'Ottica di Euclide.* Un vol. di pagine xx-416, con 260 figure. — Manuali Hoepli, Milano, 1917.

Il prof. Ovio ha impreso a studiare le due opere, *Ottica* e *Catottrica*, attribuite al sommo geometra della Grecia antica, e ne dà la più completa esposizione che esista, corredandola di indicazioni bibliografiche, di confronti e di un acutissimo esame critico, per cui ne vengono messi in luce i pregi e i difetti, dirimendo sia la sistematica denigrazione, sia la esagerata lode cui per lo passato queste opere furono fatte segno, e lumeggiando l'esposizione alla luce della scienza moderna.

Il libro nel suo complesso riesce un vero trattato elementare di ottica fisiologica, e può servire di guida preziosa allo studio di questa materia.

L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la elezione al Consiglio Superiore di Sanità.

Dopo che dal Ministero dell'interno fu data comunicazione agli Ordini dei medici che per il giorno 16 maggio 1918 erano indette le elezioni per la nomina del rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità, vennero proposte e si affermarono le seguenti candidature:

L'Associazione Nazionale dei medici condotti propose il dott. Ermogene Cingolani, sostenendo la necessità che la classe dei medici condotti dovesse mantenere il beneficio di un proprio rappresentante in quel Consesso.

L'Associazione dei medici liberi esercenti di Roma, in unione ad altro gruppo di medici, propose il dott. Enrico Ballerini, presidente dell'Ordine di Roma, affermando, oltre al riconoscimento dei meriti personali del candidato, la utilità che il rappresentante degli Ordini avesse stabile residenza nella Capitale, ad immediato contatto con gli organi del Governo.

L'Ordine di Napoli propose l'on. prof. Pietro Castellino, che ai meriti d'insigne clinico unisce la qualità di uomo politico.

Gli Ordini della Toscana il prof. Luigi Simonetta, per le benemerenze acquistate presso la famiglia medica, in specie con l'opera indefessa spesa a pro dell'Istituto di Perugia.

Per discutere sulle proposte pervenute e sulla candidatura da appoggiare, il 1° maggio corrente si riunì a Firenze il Consiglio della Federazione degli Ordini, con l'intervento dei consiglieri Silvagni, Del Prato, Ballerini, Boccasso, Braccini, Secchieri, dei delegati dall'Ordine di Napoli, dottori Guidoni e Licastro, e del rappresentante dell'Ordine di Firenze, dott. Fatichi.

La discussione fu lunga e laboriosa; ma avendo il dott. Ballerini, per sereno spirito di disciplina, ritirato per primo la propria candidatura in favore del presidente della Federazione, prof. Luigi Silvagni, fu possibile concordare il seguente ordine del giorno, votato ad unanimità:

«Il Consiglio federale degli Ordini dei medici, riunitosi oggi a Firenze, per la elezione del rappresentante degli Ordini al Consiglio Superiore di Sanità; considerato che le varie candidature già poste dagli Ordini, le adesioni già date e la proposta di seguire la consuetudine della nomina di un medico condotto, sostenuta dal Presidente federale, porterebbero una divisione che oggi la classe deve evitare; unanime, astenuto il prof. Silvagni, propone agli Ordini, per concordia di votazione, il nome del Presidente federale, Luigi Silvagni fu David».

Come il dott. Ballerini ha rinunciato associandosi al Consiglio Federale per sostenere il prof. Silvagni, così il prof. Castellino ritirò la sua candidatura, in favore del prof. Simonetta.

***

Il 16 maggio, alle ore 10, presso la Direzione generale della Sanità pubblica, si è riunito, in seduta pubblica, l'Ufficio delegato per le operazioni di scrutinio.

L'Ufficio era composto dei consiglieri sen. avv. Calcedonio Inghilleri, membro anziano che ha funzionato da presidente, ten. generale medico Claudio Sforza, ispettore capo di Sanità militare, ed avv. Vincenzo Crisafulli, avvocato generale, pel Procuratore generale del Re presso la Corte di appello di Roma.

Funzionava da segretario il dott. Alberto Massone, segretario medico del Consiglio superiore di Sanità.

I votanti furono 64.

Proceduto si allo scrutinio, risultò che il dott. Silvagni Luigi fu Davide ebbe voti 29, il dott. Simonetta Luigi di Ernesto ebbe voti 24, il dott. Cingolani Ermogene di Giuseppe ebbe voti 8; un voto ciascuno ebbero i dottori Villa Enrico e Brunelli Umberto ed il prof. Castellino Pietro.

Nessuno avendo raggiunto la maggioranza assoluta dei votanti è stato proclamato il ballottaggio tra i candidati Silvagni Luigi e Simonetta Luigi che hanno riportato il maggior numero di voti.

Con D. M. 17 maggio corr. sono perciò state indette le relative elezioni.

Queste avranno luogo il giorno di giovedì 20 giugno p. v., alle ore 16, presso il Ministero dell'interno (Direzione generale della Sanità pubblica) cui i presidenti degli Ordini dei medici-chirurghi delle varie Provincie dovranno, in conformità dell'invito personale a ciascuno di essi rimesso, inviare la relativa scheda nei modi prescritti entro il giorno 12 giugno.

Per l'avvicendamento.

Censura.

Censura.

ATTI PARLAMENTARI.

Aspiranti medici.

Ad un'interrogazione dell'on. Bevione il ministro della guerra rispondeva:

« In base alle disposizioni attualmente in vigore e sopratutto in considerazione del diverso scopo che ebbe la istituzione del grado di aspirante medico in confronto di quello di aspirante ufficiale di complemento, nessun provvedimento è possibile prendere nei riguardi degli aspiranti medici, che valga ad equipararli circa l'avanzamento agli aspiranti ufficiali delle armi combattenti, perchè, per ovvie considerazioni, non si può concedere loro il grado di sottotenente medico di complemento, se prima non abbiano conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia.

Per rendersi conto di tale impossibilità basterà tener presente che gli aspiranti ufficiali di complemento delle armi combattenti conseguono tale grado allorchè sono già in possesso di tutti i requisiti professionali e morali per diventare ufficiali, ed infatti ottengono di regola la nomina a sottotenente dopo un mese di servizio in zona di guerra o due in territorio.

Gli aspiranti medici invece sono prescelti fra quei militari che, non possedendo la laurea in medicina e chirurgia, non possono essere nominati sottotenenti medici, ma che, per essere studenti del 5° o 6° anno della facoltà di medicina e chirurgia, sono ritenuti meritevoli di ottenere il grado immediatamente inferiore a quello di sottotenente: è evidente, quindi, che essi non possono ottenere l'avanzamento al grado di sottotenente fino a che non conseguano la laurea, che, come è detto, è il titolo tassativamente prescritto per diventare ufficiale medico ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7291) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. C. S. da S. S. — Se il Comune nel concedere l'aumento di stipendio ai proprii impiegati ha serbata la stessa misura stabilita per i funzionari civili dello Stato, sullo stipendio di lire 3600, che Ella percepisce, deve ancora l'aumento di lire 840, e cioè il 30 % sulle prime 2000 lire ed il 15 % sulle rimanenti lire 1600. La quota di assegno che Ella riceve per il servizio che presta col collega nella terza condotta, non è che una semplice indennità e non stipendio, e per ciò non è suscettibile dello aumento stabilito dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Non esiste, infatti, alcun atto consiliare, debitamente approvato, con cui si determini che lo stipendio spettante al titolare della terza condotta, venga assegnato ai colleghi che lo rimpiazzano aumentando quello di ognuno di essi di tanto quanta è la porzione che effettivamente loro si corrisponde.

(7292) *Aumenti sessennali.* — Dott. S. L. B. da S. C. — Non Le compete alcun aumento sessennale di stipendio perchè durante i varii periodi in cui ha esercitato la condotta di codesto Comune non ha mai prestato continuato servizio per sei anni di seguito.

(7293) *Ufficiale sanitario - Vaccinazione.* — Dott. E. F. da C. — Non all'ufficiale sanitario ma bensi al medico condotto compete l'onere delle vaccinazioni ordinarie e straordinarie. Se, in mancanza del medico condotto, Ella ha praticato la vaccinazione generale e straordinaria agli alunni delle scuole, agli agenti municipali e ad altri, Le spetta una gratificazione che potrà chiedere al Comune. Se il Comune si rifiutasse di concederla, può ricorrere al Prefetto della Provincia.

(7294) *Visita delle carni macellate.* — Dott. G. D. H. da A. — In assenza del veterinario, chiamato sotto le armi, è l'ufficiale sanitario obbligato per legge a sostituirlo nella visita delle carni macellate, giusta quanto dispone l'articolo 8 del regolamento di vigilanza igienica sugli alimenti e sulle bevande del 3 agosto 1890.

Non è in facoltà del sindaco di incaricare qualche altro medico od anche altri provvisto di diploma di ufficiale sanitario ma che non sia titolare od incaricato provvisoriamente dell'esercizio della carica. L'ufficiale sanitario che compie tale servizio in luogo e vece del veterinario, ha diritto a compenso. Tale compenso può essere a beneplacito dell'Amministrazione comunale fissato o in una somma determinata pagabile mensilmente, od in forma di diaria pagabile ad ogni visita che si compie.

(7295) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. A. P. da S. M. di C. — Basterà che un mese prima della scadenza del quadrimestre si proponga al Prefetto la nuova domanda di esonero, che deve essere fatta dal Sindaco, indicando i motivi per cui ritenga che la di Lei opera, nell'interesse sanitario della popolazione civile, sia tuttora indispensabile ed insostituibile.

(7296) *Somministrazione di medicinali da parte dei farmacisti.* — Dott. M. G. da M. — Nessuna somministrazione di medicinale può essere fatta dal farmacista senza la ricetta del medico. Tale obbligo si desume dal combinato disposto degli articoli 61 del testo unico delle leggi sanitarie in vigore e 48 del regolamento per l'esecuzione della legge sull'esercizio delle farmacie, approvato con R. decreto del 13 luglio 1914, n. 829.

(7297) *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. N. da F. V. — Poichè le lire 1800 che annualmente riceve pel servizio del collega assente, non costituiscono aumento di stipendio ma rappresentano una semplice indennità pel maggior lavoro che è obbli-

gata a prestare, non possono essere tenute in conto per l'aumento dello stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Non potendosi, però, tale somma aggiungere alla cifra di stipendio che percepisce come titolare, è ovvio che questo resta nella misura di lire 3300 e, quindi, in grado di dare diritto alla indennità caro-viveri, che, a nostro avviso, Le compete senz'altro. Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Piazza-Martini prof. Vincenzo, Palermo; Capparelli prof. Andrea, Catania.

Ufficiali: La Rosa dott. Gesualdo, Caltagirone; Rossi dott. Enrico, Mombello.

Cavalieri: Vizioli dott. Biagio, Chieti; Muccio dott. Vincenzo, Modica; Giudice prof. Antonio, Rapallo; Moscato dott. Tommaso Luigi, Vallelunga (Caltanissetta); Rabitti dott. Augusto, Montanara (Mantova).

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Clivio Ernesto, da Cereseto (Alessandria), tenente medico reggimento alpini. — Durante l'attacco, si dimostrò instancabile e sprezzante del pericolo, curando i feriti sotto l'intenso fuoco dell'artiglieria nemica: bell'esempio di calma e fermezza d'animo. — Freikofel, 17 maggio 1916.

Crimaldi Vincenzo, da Acerra (Caserta), sottotenente medico complemento reggimento alpini. — Durante un attacco notturno, incurante del pericolo, sotto il violento ed aggiustato fuoco dell'artiglieria nemica, accorreva in trincea a curarvi i colpiti e s'incaricava di sua iniziativa della direzione del servizio di rifornimento delle munizioni: bell'esempio di calma e fermezza d'animo. — Freikofel, 17 maggio 1916.

De Fusco Carlo, da Castellammare di Stabia (Napoli), sottotenente medico complemento reggimento artiglieria campagna. — Sotto l'intenso fuoco di artiglieria nemica, noncurante di sè stesso, recavasi nei punti più pericolosi per curare e trasportare feriti anche di altri reparti, dando prova di alto sentimento del dovere, di abnegazione e coraggio. — Colle Campiglia, 30-31 maggio 1916.

Diamante Alfredo, da Potenza, sottotenente farmacista complemento sezione sanità. — Sotto il continuo fuoco dell'artiglieria nemica coadiuvò in tutti i momenti con impareggiabile attività, zelo e con alto sentimento di altruismo, l'opera di pronto soccorso ai numerosi colpiti da gas asfissianti. In occasione di altri bombardamenti diede lodevole esempio ai propri dipendenti. — Sagrado, 29 giugno 1916.

La sottoscrizione promossa dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici per un Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie, ha raggiunto, col ventinovesimo elenco delle offerte (a tutto il 30 aprile 1918), la somma di L. 140,533.36.

NOTIZIE DIVERSE

Mostra delle Opere di assistenza ai combattenti.

Questa Mostra, ordinata nel Palazzo Chigi, è stata inaugurata con grande solennità in una sala a pianterreno il 21 corrente.

Alla cerimonia intervennero la Regina Madre, la Regina Elena, il Principe Ereditario, le Principessine Jolanda e Mafalda di Savoja, il Luogotenente del Re Duca di Genova, la Principessa Bona di Savoia-Genova, il Principe Pietro del Montenegro, il Presidente del Consiglio on. Orlando, i Ministri Zupelli, Berenini, Sacchi, Colosimo, i sottosegretari Bonicelli, Teso, Valenzani, Morpurgo, De Vito, Gallenga, Crespi, Foscari, Vassallo, Visocchi, Rossi, Comandini, l'ambasciatore d'Inghilterra Rennell Rodd, l'ambasciatore di Russia De Giers, l'ambasciatrice di Francia signora Barrère, l'ambasciatrice degli Stati Uniti signora Page, il Prefetto comm. Aphel, il Direttore gen. della Sanità pubblica comm. Lutrario, il presid. della Croce Rossa Italiana conte della Somaglia, il commissario generale della Croce Rossa Americana colonn. Perkins, il direttore generale delle Ferrovie di Stato comm. De Cornè, i generali Regondi, rappresentante il gen. Diaz, Pedella, Trombetta, Vercellano, Pontremoli, Cauvin, Rho, gli ammiragli Leonardi Cattolica e Capomazza, molti senatori, deputati e altre autorità politiche, civili e militari ed un'eletta schiera di signore.

Tenne il discorso inaugurale l'on. Orlando, il quale illustrò le finalità della Mostra, che rappresenta l'unione degli spiriti e delle energie che rinsaldano il popolo all'esercito.

Sorta per un'augusta volontà, essa avrà un magnifico successo.

I convenuti passarono poi alla visita della Mostra la quale è, sotto ogni riguardo, riuscitissima. Comprende tutte le Opere che, direttamente o indirettamente, hanno avuto, dall'inizio della guerra, lo scopo di assistere, aiutare, confortare il soldato che combatte per il sacro suolo della Patria.

È divisa in sei sezioni.

Ci riserviamo di darne la descrizione in un prossimo numero.

La conferenza di Londra per gli invalidi della guerra.

Il 20 corrente si è riunita in Londra una conferenza interalleata per lo studio di tutte le questioni che concernono l'assistenza e la rieducazione professionale dei mutilati, dei ciechi e degli invalidi della guerra. Durerà fino al 27 corrente.

Il Ministero della guerra, Direzione generale di Sanità militare, particolarmente interessato a tale importante questione, ha creato un apposito Segretariato per questa conferenza e ha nominato come suo delegato alla conferenza stessa il prof. Enrico Burci, che già ebbe a rappresentare l'Amministrazione della guerra al Congresso di Parigi, ed il maggiore medico dott. Giovanni Selvi, che pure partecipò al suddetto Congresso, in accompagnamento al prof. Burci.

Si sono recati a Londra, oltre i due delegati del Ministero della guerra, il capitano commissario Saintford, per il Ministero della marina; il capi-

tano medico Gusmitta, per la Croce Rossa Italiana; il prof. Galeazzi, per l'Opera Nazionale per gl'invalidi della guerra; il prof. Putti, direttore dell'Istituto Rizzoli di Bologna; il comm. Bargoni, per la Cassa Nazionale Infortuni e il Comitato Nazionale Pro-Invalidi della guerra, e il prof. Loriga, ispettore medico del lavoro, per il Ministero per l'industria, il commercio e il lavoro.

In Londra, nel Palazzo di Westminster, si è pure aperta una esposizione dell'assistenza e rieducazione degli invalidi, alla quale hanno largamente partecipato la Federazione Nazionale dei Comitati dei mutilati e l'Opera Romana di assistenza ai militari ciechi, storpi e mutilati.

Inaugurazione dell' Ambulanza oculistica " Poeti americani ".

Il 6 corr., alla presenza dei generali Segato, Bonomo, De Antonio e di molte altre autorità militari, venne inaugurata in Bologna, alla Villa Baruzziana, l'Ambulanza oculistica d'armata «Poeti Americani», dono di un Comitato privato americano al nostro Esercito.

Quest'Ambulanza, che è una creazione della nostra giovane industria sanitaria, venne allestita completamente, su idee originali e nuove, dalla Direzione di Sanità militare nel Deposito ambulanze chirurgiche di Bologna.

Parlarono il generale medico Bonomo, il colonnello medico Bernucci e il generale Segato.

Il presidente in Italia del Comitato Ambulanze «Poeti Americani», inviò la seguente lettera:

Alla Direzione Deposito
Ambulanze Chirurgiche d'Armata
Bologna.

Nel nome del Comitato «Ambulanze dei Poeti Americani in Italia» desidero esprimere per mezzo di codesta Direzione i nostri vivi ringraziamenti agli illustri ufficiali della Sanità Militare Italiana che hanno saputo così compiutamente ideare l'Ambulanza Oculistica d'Armata che è stato permesso a noi di donare al valoroso esercito italiano.

Voglio ringraziare in modo speciale il maggiore Duilio Balestra, il maggiore Aristide Busi ed il maggiore Alfonso Neüschuler, che hanno lavorato nella preparazione di questa Ambulanza con tanto entusiasmo ed amor di patria.

È grazie a loro, se delle 106 autoambulanze che i Poeti Americani hanno potuto mandare al fronte italiano, queste sono le più belle e le più perfette.

Nelle parole del devoto presidente del nostro Comitato in America, Roberto Underwood Johnson, questo dono è stato fatto «per l'onore dell'Italia e della libertà».

È la nostra più cara speranza, la nostra più fervida preghiera, che gli occhi che il dott. Neüschuler ed i suoi abili assistenti, possano per mezzo di questa Ambulanza salvare per l'Italia, siano salvati per vedere il sacro tricolore italiano sventolare sopra Trieste e Trento, finalmente liberate per sempre dagli usurpatori, per vedere la grande e bella Italia compiuta. F.to: HA. NELSON GAY.

L'Ambulanza, diretta dal prof. Neüschuler, partirà a giorni per il fronte.

Il Congresso della Società di Pediatria.

La Società italiana di Pediatria sta organizzando un Congresso nazionale per trattare la tanto invocata tutela infantile nazionale annessa al dopo-guerra.

L'importanza del Congresso deriva in primo luogo dal fatto che, purtroppo, da noi una tutela dell'infanzia veramente seria ed impostata su basi solide non esiste; in secondo luogo da che, qualunque carattere assumerà il dopo-guerra, occorre provvedere efficacemente fin da ora alla tutela del bambino, che dovrà costituire la società futura.

Beneficenza.

Il comm. Belom Ottolenghi di Arquà ha elargito 300,000 lire alla Lega antitubercolotica di quella città.

Nel giornalismo medico.

Il periodico *Tubercolosi,* che ebbe vita a Milano mercè l'opera fervente e benemerita del prof. Ronzoni, si è trasferito a Roma per iniziativa del prof. Sforza, che ne diviene condirettore.

Il rinnovato periodico sarà l'esponente della nuova orientazione statale assunta dal complesso problema della tubercolosi. Avrà lo scopo precipuo di raccogliere, diffondere, illustrare tutta l'attività dei poteri pubblici in questo campo, additando nuove vie, suscitando energie, lumeggiando la rigogliosa produzione scientifica, interessando la nazione intera all'imponente contenuto sociale della lotta antitubercolare. Sarà anche organo autorevole della Lega Nazionale e della Federazione di tutte le opere antitubercolari. Si raccomanda per il suo programma e per la fede che lo anima.

Al confratello il nostro plauso ed il nostro augurio.

All'amico prof. ACHILLE SCLAVO che ha perduto il suo figlio diciottenne PIERO, mandiamo le più affettuose condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, resp.
(24)

Anno XXV. Roma, 2 giugno 1918 Fasc. 22.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI
UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15**; - Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20**; - Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sez. Pratica Fr. **20** oro; - Alle Sez. Medica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro; - Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro.

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI CHIETI.
I° Reparto chirurgico, diretto dal prof. A. MATTÒLI, maggiore medico.

Lo zaffamento intravasale dei grossi tronchi arteriosi.

NOTA PREVENTIVA

per il dott. ALBERTO CAUCCI, tenente medico.

Il 27 febbraio 1911 è trasportato all'Ospedale civile di Chieti un giovane contadino in preda a grave emorragia della mascellare interna sinistra, per ferita accidentale da colpo di fucile da caccia: gli viene praticata, dal prof. Mattòli, l'allacciatura della carotide esterna.

Pochi giorni dopo, dall'incisione chirurgica si produce un'emorragia violenta, dovuta all'ulcerazione del vaso allacciato: il prof. Mattòli lega in basso la carotide primitiva.

Trascorsi alcuni giorni, si riproduce ancora l'emorragia imponente, arrestata con fortunata prontezza di spirito dalla suora di guardia, che, strappato il bendaggio, introduce un dito nel fondo della piaga, chiudendo la sorgente emorragica.

La carotide primitiva, ulcerata poco sopra all'emergenza dall'articolazione sterno-claveicolare, aderisce al tessuto cicatriziale della piaga, e la sua boccuccia si apre nel fondo d'una specie d'imbuto dalle pareti fibrose e granulanti.

Nell'attimo in cui, allontanato il dito tamponatore, si fanno queste constatazioni — ritenendo impossibile, nelle condizioni speciali, praticare un'allacciatura d'urgenza, senza resecare il manubrio sternale e ricercare il vaso nel mediastino — nel lume dell'arteria aperta s'introduce prontamente un sottile zaffo di garza jodoformica, che viene lasciato *in situ* e contenuto con sutura applicata a tutto spessore sui margini della piaga. (Mattòli).

L'emostasi rimane definitiva; al dodicesimo giorno, tolti i punti, si estrae lo zaffo, mantenutosi asettico.

Il procedimento descritto, che, per quanto risulta dalle mie ricerche bibliografiche, sarebbe affatto originale, ha trovato un'altra applicazione nel caso seguente.

Il soldato G... D..., della classe 1886, ricoverato in un Reparto medico per paralisi periferica del facciale destro, ritenuta di natura reumatica, è colto improvvisamente, il 17 ottobre scorso, da un'imponente emorragia arteriosa dal condotto uditivo esterno destro, emorragia che non si frena neppure col tamponamento stipato del condotto uditivo, perchè il sangue trova facile via d'uscita dalla tromba d'Eustachio; solo il grave collasso determinato dal dissanguamento permette un'emostasi transitoria; ma l'emorragia si ripete come le forze cardiache si sollevano.

Diagnosticata una lesione da causa traumatica (*autolesione*) della carotide interna nel suo decorso intrapetroso; reputando insufficiente, a causa dell'ampio circolo collaterale intracranico, la semplice allacciatura del vaso al collo; il prof. Mattòli pensò di raggiungere la lesione intrapetrosa con uno zaffo introdotto nel lume arterioso dal collo.

Con la sua assistenza, io eseguo l'intervento proposto, che si può così riassumere: incisione classica per l'allacciatura delle carotidi esterna ed interna; allacciatura dell'interna un dito sopra la biforcazione; emostasi temporanea del tratto distale; sezione dell'arteria immediatamente sopra al laccio; nella boccuccia vasale del capo periferico, tenuta aperta da due pinze, s'introduce con uno specillo un lungo e sottile stuello cucito di garza e lo si spinge nel lume vasale quanto più in alto si può, per una profondità di circa 6 cm., fino a che lo specillo non s'impegna in un canale osseo, entro il quale s'arresta; allacciatura del vaso con lo stuello incluso; sutura completa dell'incisione. L'emostasi è stata assoluta e definitiva; la guarigione della ferita è avvenuta per prima.

Una ventina di giorni dopo, per segni locali di flogosi, si riapre la cicatrice operatoria e se ne estrae lo stuello, divenuto putrido, molto probabilmente per invasione microbica dall'orecchio medio suppurante.

Il malato è guarito in un modo perfetto.

A dimostrazione che lo zaffamento intravasale ha raggiunto il punto leso dell'arteria, si nota che, mentre dopo l'intervento non una goccia di sangue è più comparsa all'orecchio, prima la compressione della carotide interna non bastava ad arrestare l'emorragia.

Ricerche fatte sul cadavere hanno dimostrato che lo stuello di garza introdotto nella carotide interna dal collo raggiunge facilmente e oltrepassa di qualche millimetro l'angolo del canale carotideo.

I favorevoli risultati ottenuti con lo zaffamento intravasale di grosse arterie inducono la convinzione che il procedimento adottato possa erigersi a metodo operatorio con precise indicazioni, quando si debba ottenere l'emostasi in segmenti vasali non raggiungibili, o non facilmente raggiungibili direttamente, e quando, per condizioni patologiche della parete vasale, i trombi determinati dalla semplice allacciatura si rammolliscono e cadono, dando luogo a ripetute emorragie secondarie.

Poichè, tuttavia, i casi riferiti non bastano per collaudare un metodo nuovo, passibile di critiche teoriche, ho intrapreso una serie d'esperienze sui cani, per studiare l'azione degli zaffi intravasali e per comparare il comportamento di materiale vario (non assorbibile, assorbibile e vivente) che si può adottare per lo zaffamento.

I risultati di queste esperienze e lo studio delle applicazioni e indicazioni cliniche saranno argomento d'un'ulteriore memoria.

Chieti, 6 febbraio 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.
Direttore prof. S. CITELLI.

Sifilo-sclerosi iniziale delle fosse nasali.

Dott. GIOV. BASILE, assistente.

Le localizzazioni primarie extragenitali della sifilide, se non si possono considerare frequenti, vengono però osservate con una discreta percentuale. Münchheimer riferisce una statistica di 19323 lesioni iniziali extragenitali, raccolte sino al 1897.

Risulta però che, tra le localizzazioni extragenitali, la mucosa nasale è la sede meno frequente di sifilo-sclerosi. Secondo le statistiche di Bassereau, Clerc, Fornier e Le Fort, sopra 1775 sifilomi iniziali, ne è stato riscontrato uno sulla mucosa pituitaria. Chapuis, nel 1894, poteva raccogliere soltanto 22 casi di sifiloma endonasale, registrati, sino a quell'anno, nella letteratura medica. Da quell'epoca il numero delle osservazioni si è relativamente accresciuto. A tale scopo hanno contribuito le descrizioni di Cimmino, di Endelitz e Richard, fatte nel 1894, quelle di Brunon nel 1896, di Gavello nell'anno dopo e quelle più recenti di La Rosa (1904), di Vignolo-Lutati (1903), di Calamida

(1903), di Carle (1901), di Gellé (1904), di Garel (1909), di Balzer e Lecornu (1901), di David nel 1905.

Nel 1908 sono stati pubblicati diversi casi di sifilomi endonasali, tra cui ricordiamo quelli descritti da Guichard, da Siems e da Rochat, da Neugass, da Blanch e, nell'anno dopo, i casi di Gaucher, di Bloch e di Nathan, di Menzel ed altri ancora.

Per tali osservazioni, ricordate nella statistica di Ramagnini (1907), questo A. riusciva a registrarne complessivamente sessantasei. Egli aggiunge nel suo lavoro due interessanti osservazioni personali e ne ricorda qualche altra, come quella di Bertarelli. Stancanelli pubblica nel 1909 altra interessante osservazione, studiata nella Clinica dermosifilopatica di Napoli. Altri sedici casi sono stati raccolti e pubblicati da Lenoble e qualche altro ancora da Gaucher e da Boisseau, da Louste e da Nathan.

Pertanto si può calcolare che, attualmente, il numero complessivo di sifilomi endonasali descritti arriva quasi al centinaio.

Pur non escludendo la possibile esistenza di altri casi di sifilomi endonasali nel passato, il fatto che anche oggi, (con i mezzi posseduti dalla rinoiatria e con il sussidio del laboratorio, il quale può rendere preziosi servizi per svelare sin dall'inizio le manifestazioni primarie endonasali della sifilide, specialmente nelle forme di difficile diagnosi clinica) il numero delle osservazioni si mantiene relativamente scarso, conferma il giudizio di massima, espresso da Fournier, da Brunon e da quasi tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento, ritenendo la mucosa nasale come sede rara di localizzazioni luetiche iniziali. La percentuale però di sifilo-sclerosi del naso in alcune statistiche è alquanto alta. Münchheimer eleva al 4 % il numero di tali lesioni.

Anche Vignolo-Lutati ammette il 5 % di sifilomi del naso, mentre, secondo Lenoble, essi starebbero nel rapporto di 3 su 100 sifilomi extragenitali. Ma è da notare che gli autori hanno tenuto conto anche dei sifilomi sui tegumenti esterni della regione del naso, sifilomi che, secondo le descrizioni di Aimé Martin, di Fournier, ecc., si possono riscontrare in vicinanza delle narici o ai solchi naso-labiali. Ma, riferendoci soltanto alle forme riscontrate sulla mucosa nasale, le statistiche di Fournier, di Stancanelli e di altri, abbassano notevolmente la percentuale, sino a ridurla al 0,32 %.

Quantunque il sifiloma iniziale della mucosa nasale non costituisca una vera rarità, crediamo utile fare conoscere due nostre osservazioni.

CASO I. — Ragazza di anni 12 della Prov. di Siracusa, figlia di genitori sani; non ancora mestruata.

Verso i primi giorni del dicembre 1915 si ammala di leggero catarro nasale, con scarsa secrezione, la quale si va facendo sempre più abbondante. L'inferma avverte, in quell'epoca, la sensazione di qualche cosa di estraneo, la quale ostacola la respirazione della fossa nasale sinistra, senza provocare dolore. A metà dicembre, la sensazione come di corpo estraneo si è fatta sempre più accentuata; i fenomeni di stenosi si rendono più manifesti, ed i fatti catarrali aumentano di intensità, con produzione di secrezione muco-purulenta, molto spesso striata di sangue. Mano mano che tutti questi disturbi si accentuano, viene notato dai parenti un progressivo ed appariscente deperimento della paziente. L'inferma si sente debole, spossata, ha aspetto anemico, accusa qualche volta emicrania, la quale si esacerba specialmente la sera. Non vengono notati rialzi termici.

Al di fuori di tutti questi disturbi, interpretati come conseguenza di corizza comune, nè la ragazza, nè i parenti si accorgono di altri sintomi o manifestazioni concomitanti. Gli inutili tentativi di trattamenti generali e locali, adoperati sino ai primi di gennaio 1916, spingono i parenti a fare osservare in Clinica l'inferma dal prof. Citelli.

Stato presente. — L'ammalata è di costituzione piuttosto robusta, ma ha aspetto sofferente e pallore della cute e delle mucose visibili; respira con difficoltà dal naso e preferisce stare a bocca aperta.

L'aspetto del naso esterno è quasi normale; è appena apprezzabile soltanto una lieve tumefazione della narice sinistra.

L'esame della fossa nasale sinistra mette in evidenza una neoformazione impiantata sulla parte antero-inferiore del setto nasale. I caratteri morfologici sono essenzialmente rappresentati da queste particolarità. La neoformazione si presenta di colorito leggermente roseo, a superficie quasi liscia e con larga base di impianto sul setto; è di forma allungata, ellittica, con il diametro orizzontale (di circa 3 cm.) più lungo. Non suscita dolore il toccamento con le dita, il quale rivela una consistenza duro-elastica, condroidea; lo specillo non si approfonda nello spessore della sostanza. È da notare che, al più lieve toccamento, essa sanguina facilmente, ma non in abbondanza. L'aspetto della lesione ricorda, a prima vista, quello di un polipo sanguinante, dal quale però differisce, clinicamente, sopratutto per l'impianto a larga base.

All'esterno, la pressione ed il toccamento esercitati sulla cute del naso, non provocano alcuna dolentia.

Si nota inoltre all'ispezione, e sopratutto alla palpazione, un grosso ganglio linfatico ingorgato, poco avanti l'angolo sinistro della mandibola; ganglio il quale è indolente e spostabile, di forma allungata e di consistenza piuttosto dura: la cute che lo ricopre è di aspetto normale. Non vi sono altri ingorghi ghiandolari.

Sull'ambito cutaneo, un esame accurato non riesce a mettere in rilievo nessuna alterazione

e nessuna macchia iperemica (specialmente sul torace) da fare pensare ad una roseola.

Il tumoretto viene asportato per intero, proprio alla sua base d'impianto, con l'ansa fredda: siha scarsa emorragia.

Non si riscontra nessuna alterazione nel rimanente della fossa nasale.

Il materiale, che ricopre la superficie della lesione, strisciato su vetrini porta oggetti, viene preparato per l'esame batterioscopico. I preparati, colorati con il liquido di Giemsa, lasciano osservare rare forme di treponema pallido di Schaundin, insieme con numerosi leucociti polinucleati, più o meno alterati, globuli rossi e cocchi banali.

Il tumoretto, sottoposto all'esame istologico, previa impregnazione argentica, secondo Levaditi, mette in rilievo interessanti particolarità. Nei preparati colorati con il Giemsa, in mezzo al tessuto infiammatorio che costituisce il sifiloma, esiste verso la parte centrale una zona di tessuto in via di disfacimento, costituita da elementi linfocitici e polinucleati, tra i quali sono nettamente visibili forme a spirale tipiche di treponema. Queste si differenziano perfettamente, per la forma e per il volume, dalle fibre connettive, che, per quanto esili, sono voluminose rispetto al germe patogeno, per quanto anche esse impregnate dal nitrato d'argento. Pure nei preparati non colorati, che hanno subìto la sola impregnazione al nitrato d'argento, spicca con evidenza l'abbondanza di tali forme a spirale, che rappresentano caratteristici treponemi.

Attorno alle lacune linfatiche i treponemi sono numerosi. La neoformazione vasale e la notevole iperemia del tumore spiegano le emorragie alle quali dava luogo il toccamento.

Viene diagnosticato, quindi, un sifiloma nasale e viene prescritta la cura mercuriale. La famiglia della paziente, che in principio rimase meravigliata della diagnosi, un po' alla volta finì con il confessare che l'inferma viveva da alcuni mesi a contatto con una cuginetta che portava in braccio per buona parte del giorno. Questa bambina era una eredo-luetica con manifestazioni in atto sotto forma di placche perianali.

Dopo circa due mesi intanto l'inferma si ripresenta a noi, in Clinica, con notevole grado di anemia e di stanchezza. I parenti confessano che la cura mercuriale prescritta non era stata eseguita, perchè ancora non molto persuasi della diagnosi.

La R. Wassermann, eseguita in questa epoca, dà risultato nettamente positivo. Si conferma la diagnosi e si insiste perchè l'ammalata incominci subito a curarsi con il mercurio.

CASO II. — Uomo di 30 anni, da Catania. Accusa da alcuni giorni dolori, a tipo nevralgico, alla metà sinistra della testa. Il dolore, abbastanza intenso, si parte dalla parete esterna della fossa nasale sinistra e si propaga a tutta la metà corrispondente della testa.

Contemporaneamente alla emicrania, è insorta intensa corizza localizzata a sinistra, la quale ha prodotto in pochi giorni, un'oclusione quasi completa della fossa nasale.

A tali disturbi si è accompagnata secrezione sierosa abbondante, quasi continua, ed ogni tanto un po' ematica.

L'ammalato è febbricitante: la temperatura si è elevata contemporaneamente con l'insorgere dei fenomeni descritti, e presenta esacerbazioni notturne.

L'esame endoscopico rileva forte stenosi nasale a sinistra. In corrispondenza del cornetto inferiore, sulla testa, si nota una zona di mucosa erosa, ricoperta da spesso essudato biancastro, fibrinoide, il quale si distacca con molta difficoltà con cotone montato: tale tentativo provoca fuoruscita di un po' di sangue. Il resto della mucosa nasale è lievemente tumefatta e congesta.

Nella regione mentoniera si palpano alcuni gangli linfatici duri, apprezzabili specialmente a sinistra, indolenti, spostabili. Non si riscontra altro degno di nota.

La lesione, accompagnata da febbre, fa pensare di più, in principio, ad una forma difterica, pure non escludendo il sifiloma iniziale a tipo ulceroso-difteroide.

Dato ciò, anche come criterio diagnostico differenziale, si praticano, in due giorni, due iniezioni di siero antidifterico (in tutto 3000 U.I.), le quali non modificano affatto le condizioni locali e generali dell'ammalato.

In base a tale risultato negativo si fa diagnosi sicura di lesione sifilitica. Difatti dopo circa tre settimane compare caratteristica eruzione di roseola sul torace, la quale conferma che l'ammalato è sifilitico.

Come si sa, le lesioni sifilitiche primarie della mucosa nasale possono assumere: 1° una forma erosiva-difteroide, come nel nostro secondo caso; 2° una forma neoplastica, come nel primo caso descritto; 3° una forma impetiginoide, molto più rara e di difficile diagnosi clinica.

Tali forme sono state descritte dal Fournier come le più comunemente riscontrate. La lesione primaria della mucosa nasale si può accompagnare da principio a un senso di bruciore e di prurito, come avviene nella corizza acuta, sintomi che hanno richiamato l'attenzione del Moure, di Marchand e di Spencer. Anche la voce può acquistare timbro nasale e oltre a ciò il paziente sente come un corpo estraneo nel naso. Questa speciale sensazione per Richard d'Aulnay è un sintomo costante nelle lesioni sifilitiche primarie della mucosa nasale. Talvolta, ma soltanto in un caso descritto da Morel Lavallée ed in un altro di Stancanelli, è stata notata secrezione sanguinolenta. Anche il naso esterno può presentarsi leggermente arrossato e tumefatto: fenomeni flogistici i quali possono estendersi alla faccia e su cui richiama l'attenzione il Thibierge, il quale dà il nome di linfite erisipelacea alla infiltrazione che può accompagnare la lesione iniziale.

Un carattere clinico molto importante è la presenza di uno o parecchi gangli satelliti, duri, elastici, ed indolenti e senza tendenza alla suppurazione, nella regione sottomascellare

corrispondente. Anche lo stato di anemia, che suole accompagnare le lesioni sifilitiche non curate, insieme coi caratteri locali, ha notevole importanza. Inoltre è da notare l'emicrania, la quale è stata osservata in qualche caso (Moure, Stancanelli, 2° caso nostro), con punto di irradiazione corrispondente alla lesione, da dove si propaga alla metà corrispondente della testa.

La sede del sifiloma è quasi sempre sulla parete esterna delle fosse nasali, ma esso può anche impiantarsi sul setto, come attestano alcune osservazioni descritte (Moure, Stancanelli, ecc. ed il primo caso nostro).

Quando il sifiloma è accessibile alla palpazione, si può constatare che esso è di consistenza piuttosto dura, come di un rialzo cartilagineo. Generalmente conserva tale aspetto per un tempo più o meno lungo; può avvenire però che in qualche punto la lesione incomincia a rammollirsi in seguito ad ulcerazione. Il processo infiammatorio, esteso alla mucosa vicina, conferisce ad essa un colorito rameico accentuato. Nel decorso il sifiloma endonasale ha caratteri pressochè uguali a quelli di altre parti del corpo. Esso scompare poco a poco, mano mano che la malattia si avvicina al periodo secondario, e può non lasciare nessuno indizio di sè, nè provocare alterazioni gravi distruttive. La perforazione del setto, che frequentemente si avvera come conseguenza di lesioni sifilitiche terziarie, non succede mai per la presenza di un sifiloma primitivo, impiantato sulla mucosa del setto medesimo.

Per il Marchand è erroneo quanto ha creduto di osservare Julien, il quale attribuisce ad un sifiloma primitivo l'ulcerazione del setto osservata in un caso.

In base ai suddetti dati locali e generali si può sospettare fortemente o diagnosticare una sifilo-sclerosi nasale, anche quando non esistono manifestazioni secondarie e la anamnesi è muta.

Ora, nei nostri casi, esistevano alcuni caratteri clinici interessanti, i quali facevano pensare alla sifilide, anche senza l'esame microscopico. Però la forma difteroide spesso, se è accompagnata a febbre, fa pensare anche alla difterite: allora un ottimo criterio clinico sarà il criterio terapico, meglio iniettando il siero antidifterico, come nel nostro 2° caso: così, in pochi giorni, si chiarisce il dubbio.

Si capisce però che, per la diagnosi di sicurezza ha grande importanza, quando è positiva, la ricerca del treponema, servendosi di un po' di essudato o di un pezzo di tessuto come noi abbiamo fatto nel 1° caso. Difatti, nella prima ammalata, la diagnosi di sifilo-sclerosi a tipo neoplastico è stata confermata dal reperto batterioscopico e dall'esame istologico del tumore asportato.

Se non avessimo praticata la ricerca per il treponema, si sarebbe potuto pensare anche, per l'aspetto della lesione e per il suo punto di impianto sul setto, un po' al polipo sanguinante. C'è però da notare che la larga base di impianto escludeva quasi la possibilità di un polipo sanguinante, il quale, generalmente, è impiantato su un peduncolo sottile. Anche l'ingorgo delle ghiandole sottomascellari ed il grado rilevante di spossatezza e di deperimento, che produce generalmente la lesione sifilitica, non sogliono aversi nel polipo sanguinante, mentre sono molto frequenti nella lesione sifilitica.

Data la larga base di impianto e l'aspetto un po' granulomatoso della neoformazione, si sarebbe potuto pensare anche al sarcoma ed al carcinoma. L'insorgenza però troppo rapida della neoformazione escludeva, sino ad un certo punto, la diagnosi di tumore maligno. Il carcinoma poi, che suole accompagnarsi ad adenite, molto difficilmente si sviluppa in età giovane.

Nelle sudette condizioni, il reperto batterioscopico e quello istologico, quando sono positivi, sono un mezzo prezioso che assicura la diagnosi, altrimenti nel dubbio si dovrebbe seguire il decorso, in attesa che si sviluppi un sifiloderma e, quando questo, come alle volte succede, non si ha, si rimarrà più o meno fortemente incerti.

La R. Wassermann, quando è positiva, potrebbe anche giovare, ma, a parte che essa nella sifilide, tante volte non è positiva, si dovrebbe in ogni caso aspettare qualche mese perchè l'organismo sia messo in condizioni di dare la reazione.

In base anche ai nostri casi, noi concludiamo, richiamando l'attenzione sulla utilità pratica dell'esame batterioscopico ed istologico, assai interessante quando, come nella nostra inferma, risulta positivo.

Anche il criterio terapico, (iniezione di siero andifterico) quando clinicamente c'è da sospettare una difterite nasale, risulta di grande utilità pratica (2° nostro caso).

Sull'argomento si consultino i lavori seguenti:

(1) RAMOGNINI - Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle, 1907.
(2) VIGNOLO-LUTATI - Giornale ital. malatt. ven. e della pelle, 1903.
(3) STANCANELLI - Giorn. intern. delle Scienze mediche, 1909.

(4) NEUGASS - Zeitsch. f. laryng. rhin., 1908.
(5) GAUCHER, BLOCH et NATHAN. Ann. des Maladies vénériennes, 1908.
(6) SIEMS et ROCHAT - Rev. hebdm. de laryng. otol. et rhinologie, 1907.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Pinza pigliatutto

per il prof. ANGELO L. SORESI di New York
attualmente chirurgo capo all'Ospedale militare « Cavour » (Vercelli).

Il nome dato alla pinza qui descritta ne compendia le funzioni e vale come giustificazione della sua presentazione al pubblico medico. La funzione della pinza pigliatutto è quella di poter afferrare e mantenere qualsiasi oggetto, qualsia la conformazione, la consistenza e la località in cui si possa trovare l'oggetto stesso, perchè essa si adatta automaticamente a qualsiasi oggetto qualunque ne sia la forma, la consistenza e qualunque sia la località in cui si trova. Così essa serve all'estrazione di qualsiasi corpo straniero, ad afferrare tonsille, calcoli, tamponi, ecc. Essa ha reso tali e tanti vantaggi allo scrivente e ad altri, da farla ritenere uno degli strumenti quasi indispensabili nell'armamentario del più modesto medico.

Il valore della pinza pigliatutto dipende da queste qualità: data la sua sottigliezza, essa può esere introdotta come una sonda in qualsiasi parte del corpo, perchè può essere piegata in qualsiasi modo senza perdere benchè minimamente la sua forza prensile, quindi può servire tanto per l'estrazione di un corpo straniero dal faringe, dall'esofago e dalla trachea, come per l'estrazione di un sequestro osseo, ad esempio dalla coscia o dal braccio; quanto più irregolare è la forma dell'oggetto, tanto più facilmente e sicuramente è non solo afferrato ma saldamente tenuto dalla pinza pigliatutto, perchè, come si è detto sopra, le sue punte si adattano automaticamente a qualsiasi irregolarità, senza che l'operatore debba anche minimamente procurare di afferrare l'oggetto in un modo piuttosto che in un altro, perchè anche nei casi in cui l'operatore non veda l'oggetto da afferrare, la pinza pigliatutto lo afferrerà nel miglior modo possibile assolutamente automaticamente e senza che l'operatore abbia a fare il benchè minimo sforzo. Le branche della pinza sono fatte in modo che divaricano dolcemente i tessuti che circondano l'oggetto da afferrare, evitando così facilmente di afferrare insieme con l'oggetto, anche parte dei tessuti che lo circondano e ciò anche quando il chirurgo non possa vedere l'oggetto da afferrare e sia obbligato di lavorare alla cieca; il modo in cui avviene la divaricazione delle punte prensili della pinza pigliatutto, fa sì che i tessuti attorno all'oggetto da afferrare siano dolcemente spostati, mentre la pinza circonda l'oggetto da afferrare senza spostarlo.

La descrizione della pinza ne renderà ancora più evidenti i vantaggi e la semplicità.

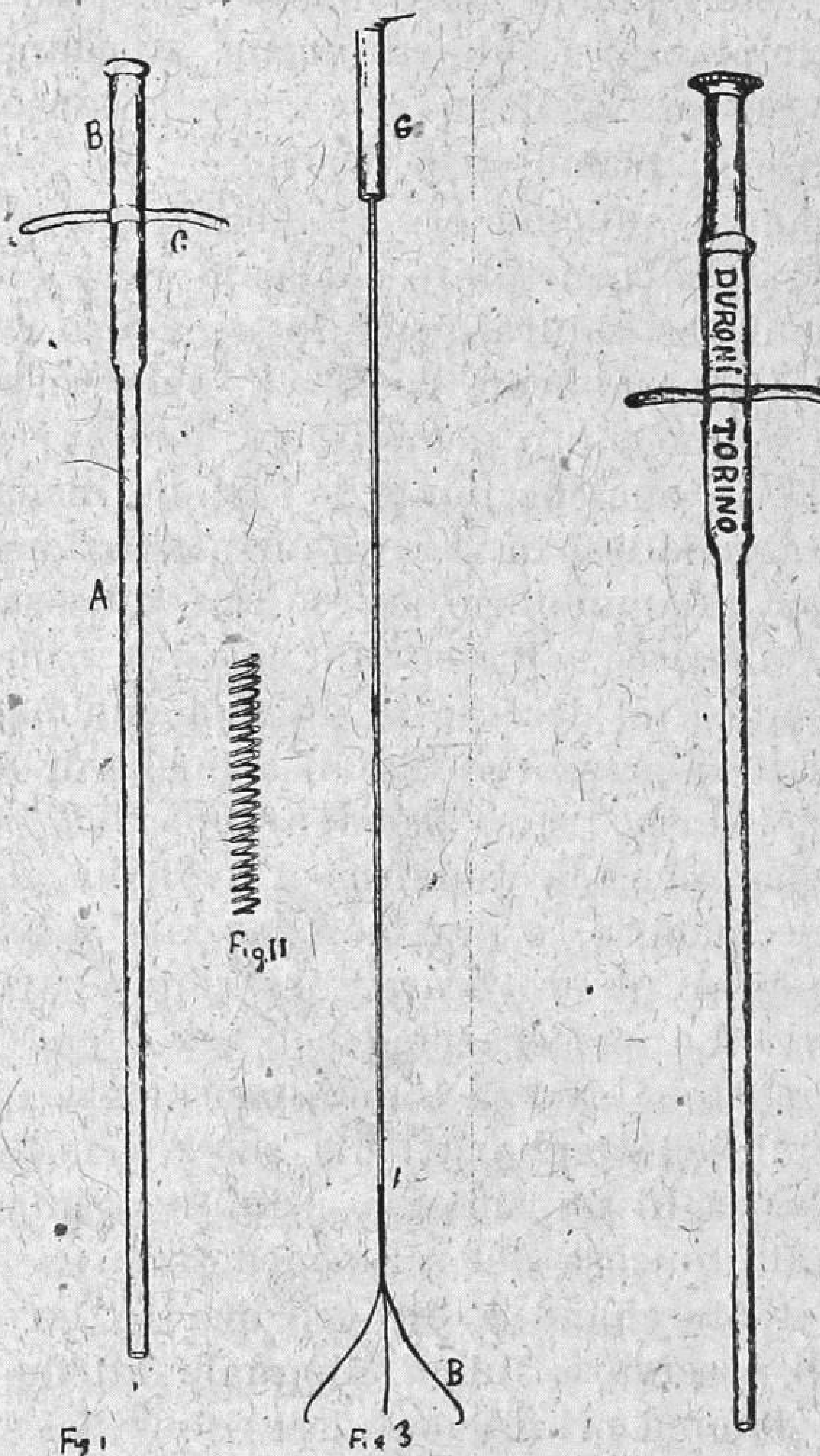


Fig. 1, 2 e 3.
Parti componenti la Pinza pigliatutto: Fig. I. - Camicia esterna. — Fig. II. - Molla. — Fig. III. - Asta interna con punte prensili.

Fig. 4.
Pinza chiusa.

Essa è costituita dalle seguenti parti:

1° Una camicia esterna (fig. 1) fatta di un tubo di rame o di ottone molle (*a*) a pareti il più sottile possibile della lunghezza di circa centimetri 20 e del diametro di circa 3 millimetri a cui è saldato un tubo più largo (*b*) della lunghezza di circa centimetri 6 portante esternamente una stanghetta trasversale (*c*).

2° Una molla di acciaio della lunghezza di centimetri 6 (fig. 2) e di diametro proporzionato al tubo che deve riceverla (fig. 1-*b*).

3° Un'asta interna (fig. 3) costituita da un tubo o filo di metallo, rame od ottone (*a*) alle cui estremità sono saldate da una parte tre punte di acciaio (*b*), l'altra è infissa in un'asta di metallo (*c*) della lunghezza di circa 3 centi-

metri e di diametro leggermente inferiore al diametro del tubo più largo della camicia esterna (fig. 1-*b*) terminante con un bottoncino (*d*) per l'appoggio del pollice. Le punte d'acciaio sono della lunghezza di circa 6 centimetri, sono saldate alla estremità del tubo (fig. 3-*a*) e verso la loro metà ricurvate nel modo illustrato dalla fig. 3-*b* terminando con un semiuncino molto acuto. Il filo d'acciaio usato per queste punte deve essere quanto più spesso è possibile fare passare attraverso la camicia esterna (figura 1-*a*) ed essere di vero acciaio molto ela-

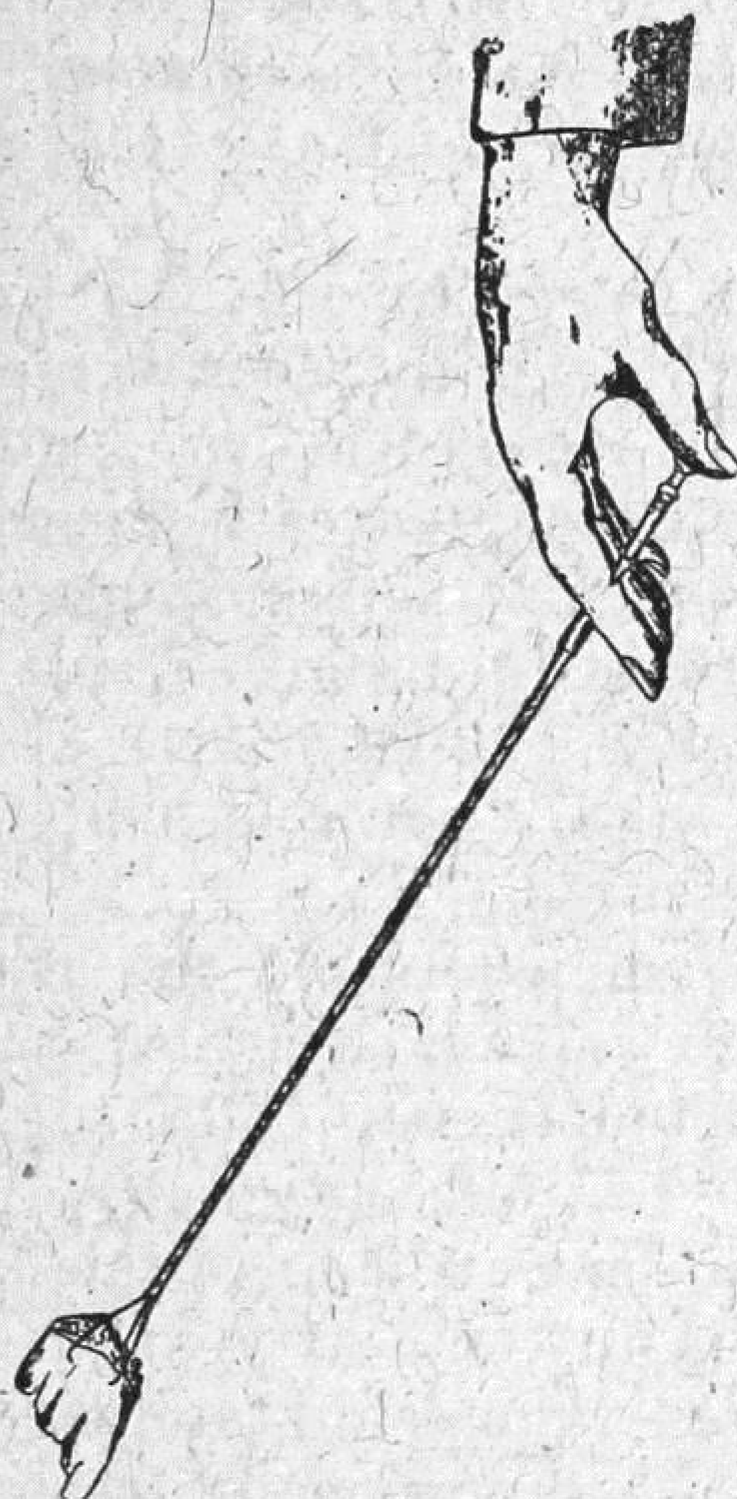


Fig. 5.
Pinza aperta che afferra un oggetto.

stico e duro. Le parti della pinza sono riunite e la pinza composta introducendo le punte di acciaio (fig. 3-*b*) nella molla (fig. 2) senza che le punte fuoriescano e quindi si introduce la molla stessa nel tubo *B* della camicia esterna (fig. 1) e si spinge fino a che tutta l'asta *A* della fig. 3 sia introdotta nel tubo *A* (camicia esterna) della fig. 1. Le figure 4 e 5 mostrano la pinza completa chiusa ed aperta.

Per fare funzionare la pinza, basta premere col pollice sul bottoncino dell'asta interna, mentre lo strumento è tenuto fra l'indice ed il medio appoggiati alla stanghetta trasversale come indica la fig. 5. Ciò facendo si spinge in basso l'asta interna a cui sono saldate le punte di acciaio, le quali, data la loro curva e la loro elasticità, si aprono man mano che sono spinte in fuori divaricando i tessuti. Quando l'oggetto è circondato dalle punte di acciaio, si rilascia la pressione nell'asta interna ed allora la molla riporterà in alto l'asta stessa, chiudendo le punte sull'oggetto da asportare, che sarà così facilmente afferrato. Non vi è bisogno di fare alcuna attenzione al come l'oggetto è afferrato, le punte si adattano automaticamente all'ogget-

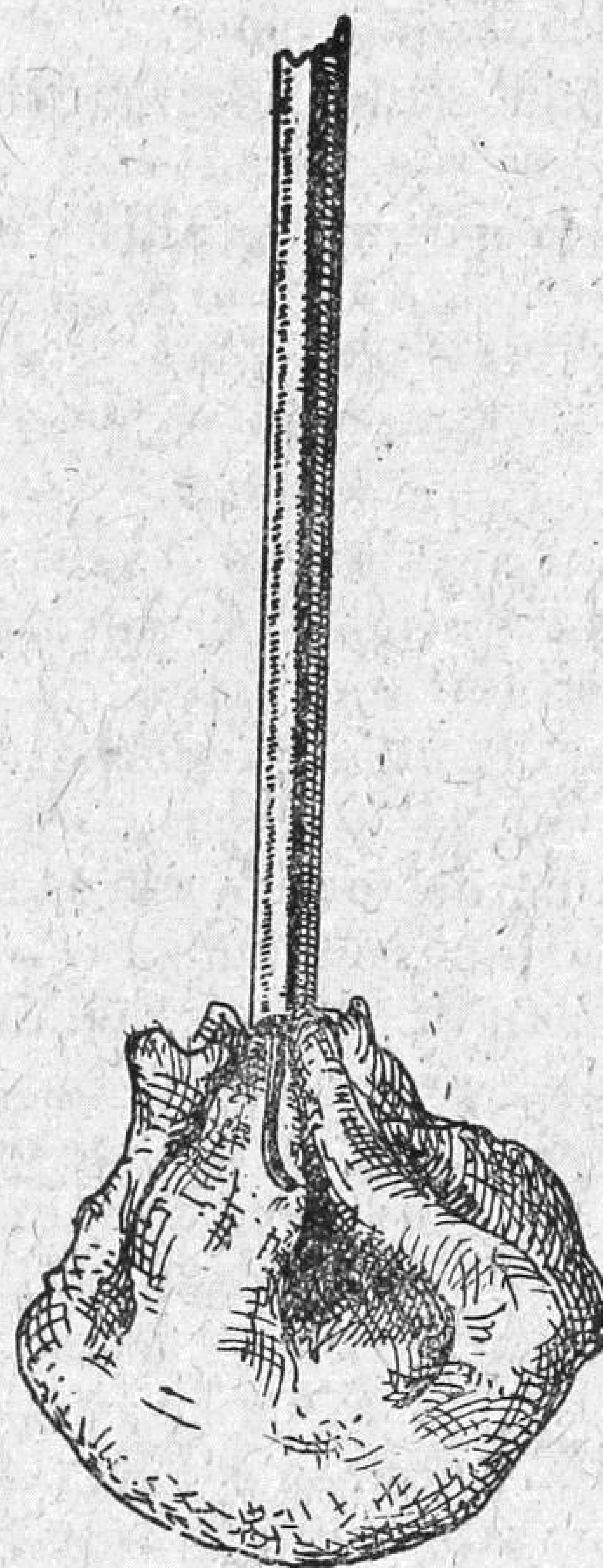


Fig. 6.
La Pinza pigliatutto come porta tamponi.

to stesso e lo afferrano dove esso presenta dei punti prensili, come dimostra la figura 6 e seguenti.

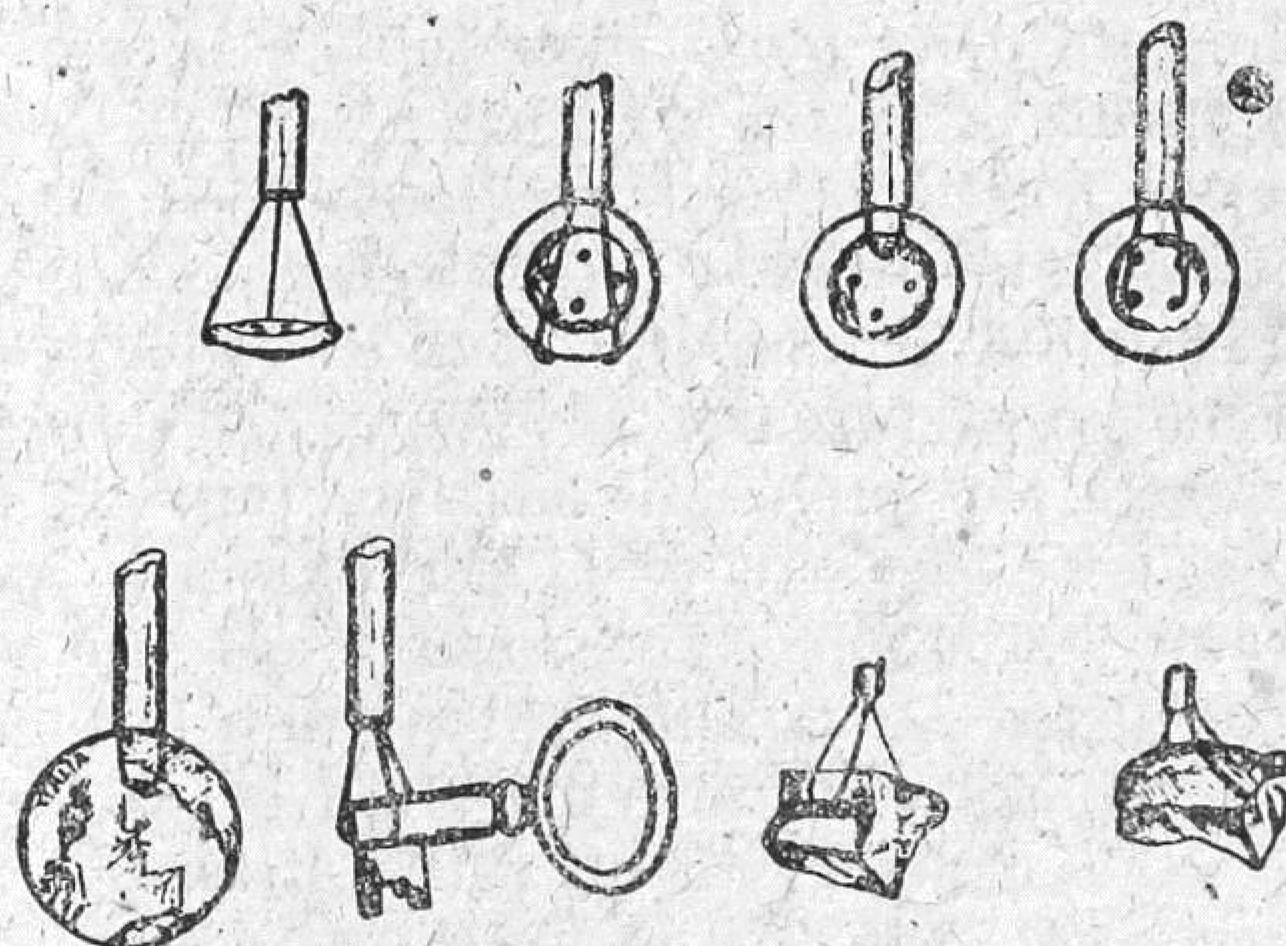


Fig. 7.
Le illustrazioni dimostrano il modo in cui la Pinza pigliatutto afferra i varii oggetti; da notare i vari modi in cui può afferrare e mantenere saldo un bottone.

La pinza può essere costruita di qualunque dimensione con tubi di diametro piccolissimo per estrazione di corpi stranieri piccolissimi o come porta tamponi di dimensioni piccolissime,

o con tubi più larghi a seconda degli usi a cui è destinata; le dimensioni date più sopra servono per una pinza pigliatutto di uso generale.

Per pulire le diverse parti della pinza basta separarne le diverse parti e quindi ricomporla, come si è spiegato più sopra.

La pinza pigliatutto afferra qualunque oggetto, qualsia la sua forma e consistenza, ed ha il vantaggio su tutte le altre pinze che più l'oggetto è irregolare e più facilmente e sicuramente viene afferrato dalla pinza. La pinza pigliatutto è stata da noi e da altri trovata utilissima nell'estrarre qualsiasi corpo straniero; lo scrivente ha estratto con essa non solo corpi stranieri, quali troviamo in chirurgia di guerra, ma ha estratto con grande facilità calcoli vescicali e calcoli biliari, nonchè una moneta da un centesimo dalla trachea, un tamponcino di cotone caduto nell'uretra attraverso l'uretroscopio e che non si riusciva ad estrarre con altri istrumenti. Dove la pinza pigliatutto è della massima utilità, e crediamo compia veramente un lavoro unico, è nell'estrazione di corpi stranieri dal cervello e dai polmoni; infatti essa data la sua sottigliezza può essere usata come una sonda e specialmente sotto l'azione dei raggi X quando con essa il corpo straniero è toccato, basta spingere dolcemente l'asta interna portante le punte, perchè il corpo stesso sia sicuramente afferrato; diciamo a proposito di spingere dolcemente l'asta interna, perchè se questa è spinta dolcemente, le punte che sono alquanto ricurve girano attorno all'oggetto senza spostarlo e quando si lascia agire la molla in modo che le punte si chiudano, l'oggetto sarà sicuramente afferrato dalle punte stesse. Altro grande vantaggio della pinza pigliatutto è la grande semplicità della sua costruzione che la rende pratica perchè solida, sterilizzabile ed adatta a qualunque bisogno, in fatti basta che essa sia costruita di tubo di rame o di ottone molle perchè possa piegarsi a volontà del chirurgo e servire per qualunque uso per tutti gli organi. Così essa è curvata per afferrare corpi stranieri situati nella trachea e nei bronchi, per afferrare le tonsille nell'eseguire la tonsillectomia, nell'estrazione di calcoli biliari o vescicali e nell'estrarre un corpo straniero che fosse caduto nel cavo pleurale, ecc.; essa costituisce il migliore porta tamponi immaginabile, per tamponi di qualunque dimensione, dai più piccoli da passare attraverso uno speculum auriculare ad esempio, a larghi tamponi addominali, ed è utilissima per introdurre garza o cotone attraverso l'uretroscopio, il proctoscopio e tutti gli altri strumenti usati per endoscopia.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Di alcune recenti questioni sulla contagiosità, la profilassi e la terapia della pertosse.

(Prof. O. COZZOLINO. *La Pediatria*, marzo 1918).

L'A. richiama l'opinione di alcuni autori secondo i quali si tratterebbe nella pertosse di infezione puramente psichica. Egli cita quindi le sue statistiche basate sopra ampie osservazioni, dalle quali risulta che nel 41.7 % dei casi si trattava di bambini sotto i due anni; 5 di questi avevano dai 14 ai 26 giorni di vita.

Orbene, il voler supporre che in questa tenerissima età (allorchè sonnecchiano completamente e il senso acustico e quello visivo) sia necessaria una marcata disposizione neuropatica, perchè si sviluppi una pertosse tipica, e l'ammettere quindi che per avere degli accessi tipici il bambino deve averli uditi e forse anche visti, è non solo molto arrischiato, ma anche assurdo.

Ne si può ammettere più che altro ed essenzialmente un contagio psichico, di provenienza cioè dall'imitazione, dalla suggestione, in un soggetto così piccolo, come è il neonato, quando tutto tende a riporre tale infettività unicamente in un contagio vivo, che esiste sempre nello stesso ambiente familiare e nel vicinato. Del resto l'infezione si trasmette più comunemente già nello stato catarrale, quando non è ancora possibile affermare la diagnosi; si comprende quindi che non si possa ascrivere notevole importanza al fattore psichico dell'infezione.

La concezione poi che la pertosse sia da considerarsi come una malattia nervosa o come la reazione dei soggetti neuropatici di fronte a svariate affezioni catarrali delle vie respiratorie, contraddice al fatto incontrastabile dell'immunità permanente che, di solito, si acquista dopo superata una volta la malattia, e contraddice anche alla diffusione epidemica di essa. Tale asserto viene poi ribadito dal fatto della grande frequenza della malattia in bambini sotto i due anni d'età (statistiche dell'A. di Luttinger, di Parkinson, ecc.).

Con ciò non s'intende certamente escludere la compartecipazione del sistema nervoso, la quale viene dimostrata da altri fatti, come l'impronta caratteristica del parossismo con l'apnea e l'inspirazione sibilante, la concomitanza di altri spasmi o di altri sintomi inter-

pretabili per una contemporanea affezione del vago e del ricorrente. Appartengono a questi ultimi gli spasmi respiratorii, il laringospasmo, tachicardie, aritmie, vomito. Inoltre le psicosi, le svariate paralisi, l'ipereccitabilità nervosa galvanica, ecc., deporrebbero in favore di quest'ultima. Quest'ultima però è da interpretarsi più che una complicanza, un vero sintomo della pertosse.

La concezione aprioristica e speculativa della natura psicogena o neurogena esclusiva è sommamente pericolosa, anzi fatale per la profilassi.

Il fatto che nei neonati gli accessi di pertosse non si presentano nella forma tipica, ma a forma asfittica, non proviene dalla presupposta mancanza del fattore neuro-psicogeno, ma dalla conformazione anatomica della laringe infantile e dalla maggiore ristrettezza delle vie aeree nella primissima età.

Indubbiamente la pertosse è molto contagiosa sin dal primo periodo catarrale avanti la comparsa dei tipici accessi, allorchè essa non è ancora diagnosticamente accertabile. Quindi solo dietro un'esatta diagnosi precoce potrebbe attuarsi un'energica profilassi contro la pertosse.

Purtroppo però tale diagnosi è molto difficile; la linfoleucocitosi, la ricerca del bacillo di Bordet-Gengou, forse anche un'aumentata densità urinaria con aumento di escrezione dell'acido urico, ed anche una lieve ematuria che precede i primi accessi caratteristici rappresentano i soli elementi induttivi, che però mal si prestano alle esigenze del medico pratico. Occorrerebbe anche qui trovare un elemento di giudizio diagnostico semplice ed alla portata di tutti, come p. e. la cutireazione alla tubercolina.

La questione della profilassi però non si limita solo al bisogno di evitare la diffusione del contagio, essa mira anche a riconoscere per quanto tempo i bambini pertossicolosi debbano rimanere isolati dagli individui sani. Ora le ricerche recenti sono venute a sanzionare delle misure profilattiche meno restrittive circa la durata dell'isolamento. Hanno contribuito a ciò specialmente gli studi di Ingeborg Chievitz e A. H. Meyer, secondo i quali si può fissare come limite massimo per l'isolamento di tali infermi, quello di 30 giorni dall'inizio del periodo della tosse accessionale.

La concezione puramente clinica emessa da Weil e sostenuta dal nostro V. Tedeschi, che la pertosse non sia contagiosa che nel primo periodo catarrale e nelle prime due o tre settimane del periodo parossistico, trova ora la conferma nelle accennate ricerche. Così si spiega che A. Czerny neghi la contagiosità della tipica pertosse e perchè la contagiosità di tale malattia sia così marcata nell'ambiente familiare, all'opposto di quello ospedaliero.

Anche l'esperienza dell'A. conferma a tale proposito le osservazioni di Comby e di altri, non avendo mai osservato contagio ospedaliero da pertossicolosi alla 3ª-5ª settimana; egli non l'ha nemmeno mai osservato allo sviluppo di una tosse da imitazione a tipo pertossoide.

Il suesposto concetto moderno circa la contagiosità della pertosse non ha valore soltanto per questa, ma anche per il morbillo, scarlattina, orecchioni, in cui il contagio è da temersi all'esordio, non già al declinare. In omaggio a tale concetto l'A. ha cominciato a ricoverare nella clinica dei casi di broncopneumonite morbillosa quando la fase febbrile dell'eruzione era cessata appena da 3-5 giorni: ciò non ostante non ebbe mai a deplorare alcun contagio interno.

È da escludersi anche l'esistenza di portatori di germi specifici tanto nelle mucosità orali e faringee dei convalescenti di pertosse, come di persone addette alla cura dei malati.

In conseguenza di queste nuove ricerche vanno modificati anche i vigenti concetti sull'isolamento di eccessiva durata, che si impone ai bambini pertossicolosi. Grave è il danno che questi subiscono, quando si trovano nell'età scolara, poichè siccome i regolamenti sanitarî impongono l'esclusione dalla scuola fino a qualche tempo dopo la totale cessazione della tosse spasmodica, avviene spesso che tali bambini siano esclusi dalla scuola per l'intero anno scolastico.

Si impone quindi anche da noi la riforma dei regolamenti sanitarî, inspirandosi a recenti decreti danesi, che permettono la riaccettazione degli allievi dopo 4 settimane di persistenza del periodo convulsivo della pertosse.

La lunga durata della pertosse, anzi che con la persistenza del microrganismo specifico, può invece essere spiegata con l'intervento del componente neurogeno. È a questa circostanza che si debbono attribuire anche certe guarigioni, che hanno del miracoloso, come p. e. dietro interventi chirurgici. Per tale ragione, visto lo scomparire della pertosse dopo un'adenoidotomia, alcuni hanno addirittura consigliato il trattamento chirurgico della pertosse! Fantastica ipotesi, frutto di un erroneo ragionamento e di una più errata interpretazione dei fatti.

Molto probabilmente non sono da interpre-

tarsi che egualmente come effetto di cura suggestiva (forse anche reciproca di medici e pazienti!) quei risultati utili che, specialmente da autori italiani, furono vantati nella pertosse colla vaccinazione jenneriana.

Sull'esistenza dello stadio nervoso o psicogeno della pertosse è stata richiamata l'attenzione di molti autori, e si è segnalata l'influenza benefica della terapia suggestiva, con la corrente faradica col trattamento psicoterapico. Rientra in questa categoria la climatoterapia, di cui ognuno riconosce l'influenza favorevole in un certo periodo della malattia, ma non mai all'acme del processo. Essa dunque oltre all'agire beneficamente sulle associazioni batteriche e prevenendo le complicanze broncopolmonari agisce altresì sul coefficiente neuropsicogeno, che sostiene in generale il carattere spasmodico della pertosse, nella seconda fase del suo periodo accessionale.

Questa stessa circostanza spiega altresì perchè i tossicolosi si giovano molto anche di un ambiente di famiglia tranquillo e non facilmente emozionabile ed impressionabile, che artificialmente concorre ad esagerare l'intensità ed il numero giornaliero degli accessi.

A. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Lesioni della vescica e dell'uretra in guerra.

(ANDREW FULLERTON. *British Medical Journal*).

Questa classe di ferite hanno attirato poco l'attenzione degli scrittori di chirurgia militare, che forse non hanno ritenuto esservi nulla di notevole. L'A. ha avuto occasione, nella sua qualità di chirurgo consulente nel corpo britannico in Francia, di osservare parecchi casi, che, sebbene di gran lunga meno frequenti delle ferite nelle altre parti del corpo, hanno presentato talvolta molto interesse specie dal punto di vista del trattamento.

Questo è di solito indirizzato in una di queste due vie: il catetere a permanenza; la cistostomia soprapubica. Sebbene ognuno di questi due metodi abbia in chirurgia il suo posto definito, l'A. non crede inutile tornare sulle loro singole indicazioni e sui loro pericoli; accennando anche ai tipi di lesione che di solito si verificano.

Ferite della vescica. — Possono essere prodotte da qualunque specie di proiettile: e quanto più irregolare è la forma e la superficie di questo, tanto più facile è il trasporto nell'interno della ferita di frammenti di vestimento o altro materiale estraneo, donde la sepsi. Possono esservi complicazioni: fratture del femore, delle ossa del bacino, della colonna vertebrale; lesioni di grossi vasi o nervi, dell'intestino, stravaso di urina. Fra queste una delle più sensibili è la partecipazione del retto, con versamento delle feci nella vescica, o di urina nel retto, o di ambedue.

Le ferite della vescica possono essere intra od extra-peritoneali, con pericoli e trattamento diversi nell'un caso e nell'altro. Le prime, di regola, sono raggiungibili con relativa facilità, mentre le seconde possono essere affatto inaccessibili.

Forma e dimensioni della ferita sono assai variabili.

Sintomi. — Variano, naturalmente, a seconda della sede e dell'estensione della ferita, e delle lesioni concomitanti. Le lesioni intraperitoneali sono di solito associate a ferita intestinale, e di questa quindi si avrà il quadro sintomatologico. Una ferita perforante dell'addome nella regione vescicale sarà generalmente esplorata, senza bisogno di ricorrere al vecchio metodo di introdurre una data quantità di liquido per l'uretra e misurare la quantità residua. Se si ha a mano un cistoscopio questo potrà rendere notevoli servigi informando sulla lesione e sulla presenza di corpi estranei. Di regola esiste ematuria: ma questa da sola non è patognomonica della ferita vescicale, in quanto si possono avere delle emorragie dalla mucosa cistica senza che sia stato direttamente interessato il viscere.

Nelle ferite extraperitoneali i segni principali sono: fuoriuscita di urina dalla ferita, ematuria e, più tardi, i sintomi di una cistite. Il primo di questi segni può essere tardivo e può coesistere con l'emissione di urina dalle vie naturali: se la fistola è stretta, l'urina ne sfugge più facilmente quando la vescica ha raggiunto un certo grado di distensione e il paziente fa degli sforzi per mingere.

L'ematuria può essere intensa e talora si formano in vescica dei grossi coaguli: questi complicano il trattamento e sono causa di disturbi e pericoli, sia per l'ostacolo meccanico alla minzione e al cateterismo, sia per la facilità con cui si infettano. Insorgendo la cistite, degli stimoli frequenti di urinare e un dolore costringente aumentano le sofferenze del paziente.

Ferita dell'uretra. — Al nostro scopo è opportuno dividerle in due classi a seconda che è interessata la porzione pendula o la parte fissa dell'uretra: le prime sono rare e non offrono interesse.

Le lesioni dell'uretra fissa (bulbosa, mem-

branosa, prostatica) sono relativamente frequenti e sono prodotte da proiettili che penetrano dalle anche, dalla parte superiore delle coscie o, più di rado, dall'innanzi o dall'indietro della pelvi. I proiettili che passano trasversalmente a livello della parte bassa del gran trocantere possono interessare la porzione prostatica; quelli a livello del piccolo trocantere la porzione bulbosa; fra questi due livelli può essere interessata l'uretra membranosa. Nelle ferite antero posteriori può esser leso il retto.

La lesione varia dalla contusione semplice alla completa distruzione di un segmento uretrale. I sintomi possono includere: una ferita perineale o ecchimosi perineali e scrotali; emorragia dall'uretra indipendente dalla minzione; urinazione difficoltata o anche assente; talora stravaso di urina. Se esiste una ferita aperta comunicante con l'uretra si stabilisce una fistola, attraverso alla quale passa urina solo nell'atto del mingere (purchè lo sfintere vescicale sia illeso).

Trattamento delle ferite della vescica. — Ferite intraperitoneali. — Sono di solito complicate a lesione intestinale: questa verrà trattata come di regola con la sutura o con la resezione. Quanto alla ferita della parete vescicale, se facilmente accessibile e di moderate dimensioni, se ne possono escidere i bordi fino ad avere superfici sane, con la speranza fondata di una rapida guarigione: può essere utile, allo scopo, il termocauterio. Gli eventuali corpi estranei saranno naturalmente asportati sia nella vescica sia, se accessibili, da altri punti della pelvi. Per riavvicinare le pareti muscolari è bene usare del catgut piuttosto che del materiale non riassorbibile, allo scopo di evitare una possibile formazione di calcoli: sono consigliabili delle suture continue. Nel caso di uno ferita assai estesa e lacerante è impossibile chiudere la vescica: si tenterà di rendere la ferita exstraperitoneale.

In molte ferite di vescica operate al fronte il viscere è stato completamente chiuso. Si farà seguire una «toilette» del peritoneo e se ne è il caso si applicherà un drenaggio nel cavo vescico-rettale. Deve essere applicato un catetere a permanenza? Nella pratica civile l'A. non lo ha ritenuto necessario: basta per evitare una soverchia distensione siringare il paziente ogni quattro ore: del resto se la sutura fu ben eseguita è difficile che dell'urina ne sfugga nel cavo peritoneale. L'A. riferisce un caso operato dal capitano Tayla in una unità sanitaria avanzata: estratto il proiettile (frammento di granata) dalla vescica, questa fu chiusa con sutura continua e fu applicato semplicemente il cateterismo ogni 4 ore: l'A. vide il paziente al nono giorno dall'operazione: la ferita dalla parete addominale era guarita per prima, salvo nel tratto in cui si era applicato un drenaggio per il cavo-vescico-rettale, il passaggio dell'urina era normale; le condizioni generali assai soddisfacenti.

Si diranno poi le obiezioni che esistono all'applicazione del cateterismo a permanenza.

Ferite extraperitoneali. — Esse presentano dei problemi per il trattamento non così semplici come potrebbe sembrare a prima vista.

Nei casi in cui è interessato anche il retto e delle feci passano in vescica si praticherà una colostomia, preferendo quella sopraombelicale a una inguinale essendo quest'ultima vicina alla zona soprapubica, dove si potrà intervenire per aggredire la vescica. Altri vantaggi dell'apertura del colon trasverso sono: 1° l'apertura è distante dalla ferita; 2° ne è facilmente sorvegliabile la pervietà; 3° è facile il ristabilire la continuità dell'intestino quando non esista più la necessità dell'ano preternaturale; 4° se in seguito si riscontri la necessità di rimuovere una parte di retto leso, si potrà mobilizzare il colon pelvico e portarlo in basso a supplire la deficienza, ciò che non sarebbe possibile se si fosse fatta una colostomia inguinale. L'A. riferisce qui un altro caso: ferita (20 agosto 1915) a canale completo antero-posteriore nel basso addome: fuoriuscita di scarsa urina dalla ferita anteriore, di feci e della maggior parte di urina dalla larga ferita di uscita posteriore; colostomia del colon trasverso il 10 agosto a un ospedale di base; irrigazione abbondante della vescica attraverso la ferita sacrale; rapido miglioramento delle soluzioni di continuo: in settembre ristabilimento della minzione normale e constatazione al cistoscopio della guarigione delle due ferite della vescica; nel marzo 1916 il chirurgo curante (in Inghilterra) riferiva potersi il paziente considerare guarito: chiusa l'apertura del colon v'era ancora scarsa secrezione dalle soluzioni di continuo rimaste. Da notare che in questo caso non fu necessario eseguire una cistotomia soprapubica.

Le ferite della vescica extraperitoneali sono spesso prodotte da proiettili che entrano per le anche o per la parte superiore delle coscie con un percorso spesso lungo e tortuoso. Non ostante tale percorso, attraverso al quale filtra l'urina, molti di questi feriti vengono dal fronte in condizioni meravigliosamente buone, e in questi casi l'A. fu sempre contrario ad ogni intervento sulla vescica stessa. Ciò non è d'accordo con la pratica accettata dai più, che

vuole in questi casi la cistostomia soprapubica: la quale ha lo scopo di impedire il passaggio dell'urina attraverso la ferita e di drenare la vescica. Ma la maggior parte dei combattenti hanno una secrezione urinaria notevolmente salina che, se sterile, ha potere battericida: e il suo flusso attraverso la ferita può essere benefico. È vero che la vescica può infettarsi, e allora nella fistola passerà invece che dell'urina sterile un liquido altamente irritante. Ma ciò, come vedremo, può in larga estensione esser prevenuto, e se anche l'urina si infetta, delle adeguate irrigazioni vescicali possono in alcuni casi renderla di nuovo innocua.

E al trattamento chirurgico si potranno aggiungere per via interna degli antisettici urinari, nella speranza che possano avere un effetto benefico sull'urina e sulla ferita.

Nel caso però di gravi lacerazioni con abbondate espulsione di parti necrotiche, indubbiamente la vescica deve esser drenata: si ricordino gli effetti disastrosi degli stravasi urinari nei casi di rottura dell'uretra nella pratica civile. Ma non è detto che la cistostomia impedisca necessariamente la filtrazione dell'urina attraverso la fistola prodotta dalla ferita: l'A. ne ha appunto in osservazione al presente due casi. Ora se l'urina nella vescica può esser mantenuta pura e la fistola ben drenata, egli crede sia bene lasciar fluire attraverso a quest'ultima un liquido altamente purificante come l'urina. Se poi la vescica si infetta, e l'irrigazione non riesce a dominare la sepsi, e, specialmente se il paziente comincia a deperire, la cistostomia deve essere subito praticata.

Riguardo alla presenza di corpi estranei in vescica il caso sopra riferito e altri dimostrano che se la ferita fu intraperitoneale può essere, dopo l'estrazione, suturata. Con una ferita extraperitoneale le indicazioni non sono così nette e il trattamento dipenderà dalle condizioni della vescica: l'A. tuttavia è propenso a provare la chiusura della ferita soprapubica della vescica, inserendo un drenaggio nel Retzins e volgendo una attenzione assidua alla vescica: se questa cade in preda all'infezione non dominabile con l'irrigazione è facile riaprire la ferita cistotomica.

A conforto di queste due vedute l'A. cita qui altri due casi da lui osservati. Nel primo il proiettile era entrato dal grande trocantere destro andando a fermarsi, attraversata la pelvi, nella coscia sinistra: frattura del trocantere, dell'ileo e dell'ischio a destra (2 febr. 916); esisteva ecchimosi dello scroto ma non sintomi urinari; 11 giorni dopo compariva scolo di urina dalla ferita della coscia; al cistoscopio la vescica apparve integra, onde si concluse che il viscere era stato leso vicino al collo e, poichè le condizioni del paziente erano buone, non si ritenne necessaria la cistostomia soprapubica. Il 19 marzo la minzione normale si era ristabilita e 15 giorni dopo era cessato lo stillicidio di urina dalla ferita. In seguito il paziente ricevette le cure del caso per le fratture. Probabilmente invece che di una lesione della vescica si trattò qui di una ferita dell'uretra: comunque è qui citato per dimostrare l'opportunità del non intervento.

Nel 2° caso due frammenti di granata penetrati per l'anca destra si fissarono nel cavo pelvico (26 maggio 1916): non frattura. Quattro giorni dopo compariva un lieve genizio di urina dalla ferita; il 1° giugno si arrestò d'un tratto l'urinazione per le vie naturali, sì che si dovette ricorrere d'urgenza al cateterismo. Il cistoscopio dimostrò una cistite diffusa e inoltre sulla parete sinistra una zona coperta da una membrana bianca e circondata da ecchimosi (foro d'uscita del proiettile?), e sulla parete posteriore un'apertura circolare; nulla di notevole all'esame del retto; lievi elevazioni di temperatura. Nonostante il parere del medico curante, l'A. consigliò di soprassedere a una cistostomia limitandosi a lavaggi alternati con acqua bollita e con soluzione debole di nitrato d'argento, prima due poi una volta al giorno. Già tre giorni dopo si notava sensibile miglioramento e il 13 giugno il paziente veniva inviato in Inghilterra con la ferita asciutta e l'urina normale. Si limitò così a poche settimane un trattamento (e quindi la lontananza dal fuoco) che con la cistostomia sarebbe stato assai più lungo. I corpi estranei, non dando apparentemente alcun disturbo, furono lasciati *in situ*.

Per riassumere l'A. pensa che la cistostomia soprapubica è non necessaria in molte ferite della vescica purchè questa possa esser mantenuta sterile e la ferita ben drenata. Se v'è tendenza a notevole escarizzazione delle pareti vescicali, se esiste grave e continua emorragia primaria o secondaria, o se v'è sepsi non dominabile del viscere, la cistotomia diverrà il trattamento indicato. Essa si eseguisce non tanto per un benefico effetto che possa avere sulla ferita originale che va trattata con i metodi chirurgici ordinari, ma allo scopo di drenare una vescica gravemente infetta e impedire la diffusione della sepsi ai reni.

Trattamento delle ferite dell'uretra. — Il trattamento più diffuso sembra sia il seguente: dapprima un tentativo per passare un ca-

tetere, lasciandolo a permanenza se quello riesce; altrimenti, cistostomia soprapubica.

L'A. non consiglia nè l'uno nè l'altro. Per il catetere a parmanenza egli nota che un istrumento non può rimanere a lungo nell'uretra senza produrre uretrite: si avrà quindi il resultato di trasformare una ferita forse lieve e forse sterile in una ferita suppurante. E l'infezione può risalire in alto alla vescica (cistite), agli ureteri, ai reni. Inoltre l'infezione della ferita uretrale provoca un'infiltrazione assai più intensa e quindi la facilità di successivi restringimenti. Il catetere spesso si ostruisce e non è raro trovare, nonostante un catetere a permanenza, una vescica piena. Infine anche in pochi giorni si fermano attorno a quella parte dello strumento che pesca in vescica dei depositi fosfatici, che nello loro eliminazione escoriano un'uretra già infiammata.

Quanto alla cistostomia essa è assolutamente non necessaria eccetto forse in quei rari casi in cui il sangue retrocedendo nella vescica forma gravi coaguli che impediscono il vuotamento dell'organo. L'A. consiglia il trattamento seguente.

Se l'uretra è talmente lesa che è impossibile il vuotamento dell'urina e v'è probabilità di uno stravaso urinoso nei tentativi di mingere, si pratichi una sezione perineale; e così pure in tutti i casi dubbî. Si introduca un dilatatore, un catetere, o altro simile istrumento fino alla sede della ferita e tenendolo esattamente sulla linea mediana si tagli il perineo sulla punta dello strumento. Si rinnovano i coaguli, i tessuti necrosati, le materie estranee, si arresti l'emorragia e dopo un accurato lavaggio si stabilisca un drenaggio. Il paziente è quindi invitato a urinare attraverso la ferita (applicazione di compresse calde): se a tutta prima non vi riesce è meglio una puntura soprapubica che non frugare attraverso il taglio per trovare il capo prossimale dell'uretra, o infettare la vescica con uno strumento che passi attraverso una ferita infetta.

Dominata la sepsi si potrà ricorrere, se è necessario, alla dilatazione e più tardi potranno esser tentate con successo delle operazioni plastiche. Anche qui l'urina normale del paziente agisce da liquido efficacemente purificante e lava i recessi della ferita ogni volta che avviene la minzione.

Altri due casi sono qui riferiti fra i molti osservati per comprovare l'opportunità delle idee sopraesposte: tralasciamo di riassumerli.

L'A. conclude modestamente dicendo che non sa se le sue vedute saranno accolte dal favore comune: egli si propone solo di spronare coloro che avranno a fare con simili casi a trattarli ognuno secondo le speciali circostanze non con una regola rigida che dovrebbe esser buona in ogni caso.

Sebastiani.

NEUROLOGIA.

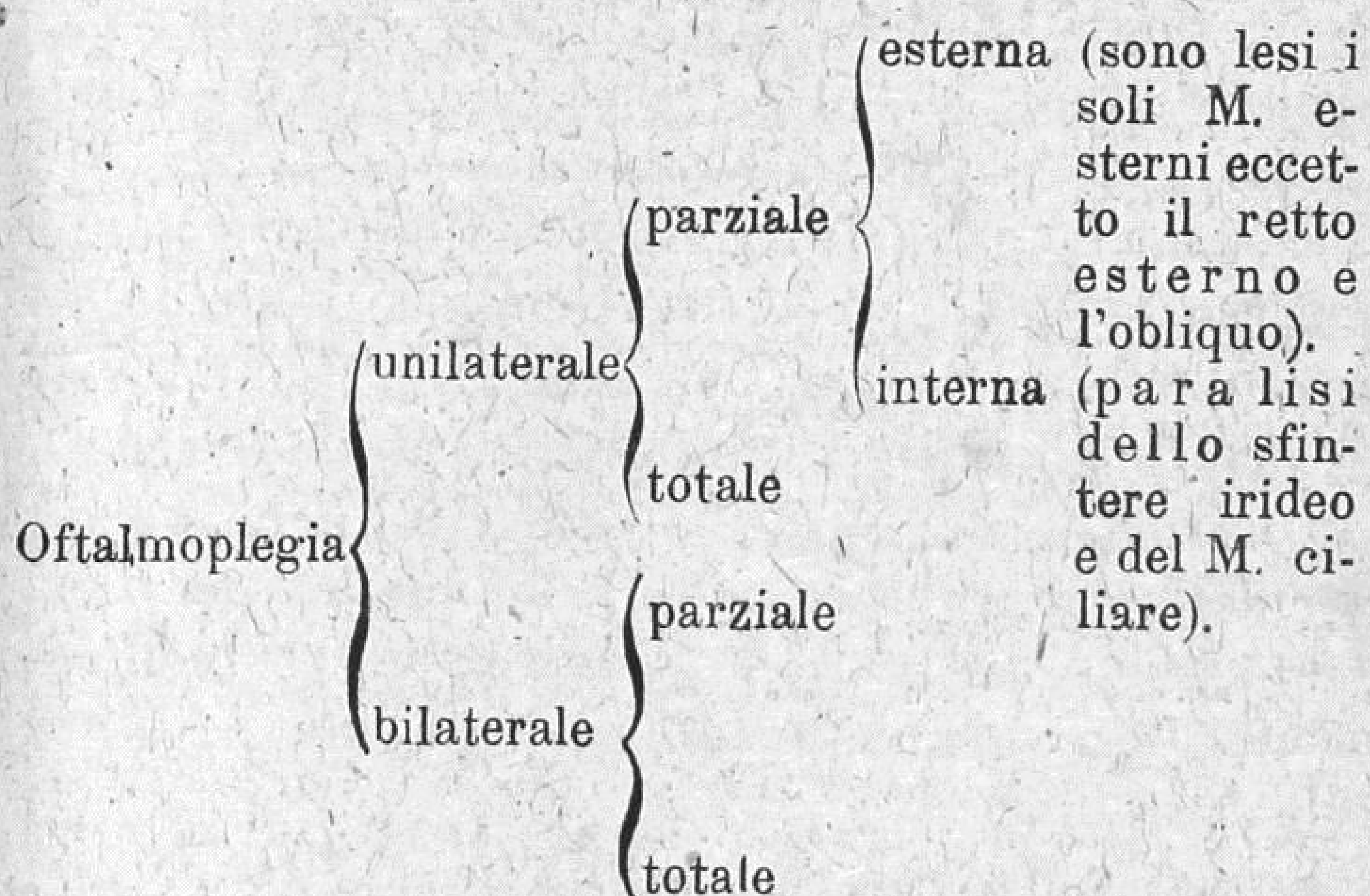
Paralisi dell'oculo-motore di origine otitica.

(F. H. Westmacott, *The Lancet*).

La funzione del terzo paio può venire interrotta: 1° nel nucleo d'origine nella colonna grigia di fronte all'*aqueductus cerebri* e ai corpi quadrigemini; 2° nel tratto che s'estende dal punto d'uscita del fascio di fronte al ponte, procedendo tra le arterie cerebrali posteriori e le superiori cerebellari per attraversare la dura madre accanto al processo clinoideo posteriore, sotto la dura il nervo corre lungo la parete laterale del seno cavernoso, finchè entra nell'orbita per la fessura orbitale superiore; 3° dal suo ingresso in questa fessura, sino alla sua distribuzione periferica.

Tutte le lesioni del nervo al di sotto del nucleo si considerano come *periferiche*, *centrali* quelle al di sopra. Landolt distingue le prime in *orbitali* (includendovi la fessura sopraorbitale), in *basilari* (le quali sono in intima relazione con le malattie auricolari e nasali) e *fascicolari*, le seconde in *corticali* e *sottocorticali*.

La paralisi dei diversi muscoli oculari, a seconda dei gruppi lesi, può distinguersi in:



Un'oftalmoplegia interna a volte proviene da una lesione entro l'orbita, con lesione della corta radice del ganglio ciliare, ma è di solito concomitante la paralisi dell'obliquo inferiore ed è di frequente dovuta a etmoidite. La paralisi di tutti i muscoli sostenuti dall'oculomotore (senza che altri ne siano implicati) è causata da una lesione del nervo prima del suo ingresso nel seno cavernoso; ed è in generale in questo

tratto che la malattia auricolare o dell'osso temporale intaccherà il nervo per contiguità.

Nel seno cavernoso è probabile coesista lesione del V, IV e VI paio di nervi cranici, sia che la compressione avvenga dall'interno per trombosi del seno o per aneurisma della carotide, o sulla sua parete esterna da malattia del seno sfenoidale (Onodi).

In generale la lesione dell'oculomotore è il portato di un'otite media purulenta cronica, con colesteatoma, il quale erode il *tegmen antri* e induce meningite circoscritta o un ascesso estra o intradurale; l'infezione può diffondersi lungo il seno petroso superiore e raggiungere così il tronco dell'oculomotore. Tröltsch, Ostmann e Hilgermann lo videro intaccato per l'estendersi della sepsi dell'otite media piogena all'apice petroso. Scotti osservò la distruzione del ganglio di Gasser da necrosi della punta della rocca, dopo espulsione di un sequestro attraverso il condotto uditivo esterno. Bircher trovò paralisi dell'oculomotore e nevralgia del V paio nella flebite del seno petroso laterale e dei seni cavernosi, fatti che scomparvero dopo l'operazione. Jansen ed altri hanno descritto casi di lesioni dell'oculo-motore, insieme con quella dell'abducente, del trocleare e del trigemini nella flebite e trombosi dei seni venosi del temporale. Sargnon riporta due casi di paralisi completa dell'oculomotore con sintomi cerebrali, dove la carie del temporale aveva intaccato la parete esterna del seno cavernoso. Paralisi periodiche del III paio sono state riferite da Wodsworth, Michel ed altri nell'otite media purulenta; il primo attribuì il fenomeno ad alterazioni flogistiche meningee nella regione dell'oculomotore; il caso del secondo guarì dopo largo profluvio di pus.

È stata notata paralisi dell'oculomotore in un ascesso otogeno cerebrale (temporo-sfenoidale) e cerebellare. Lombard crede che, quando si presentano segni di ascesso intracranico nell'otite media suppurativa, se vi è anche paralisi dell'oculo-motore ciò sta a indicare la presenza di un ascesso temporo-sfenoidale, mentre la paralisi dell'abducente depone per la raccolta cerebellare.

Lesioni tubercolari o sifilitiche del temporale possono produrre paralisi dell'oculomotore, inducendo una pressione diretta sul tronco del nervo. La paralisi otogena del trocleare è stata riferita da Schwartze, De Lapersonne ed altri. Jacques osservò due volte l'oftalmoplegia esterna seguire nell'infanzia all'otite media purulenta acuta, accompagnata da ptosi; uno morì con tutti i segni della meningite acuta.

Riassumendo, nella paralisi otogena dell'oculomotore e degli altri nervi orbitali, le difficoltà insorgono se si voglia stabilire la lesione causale.

Quando esiste paralisi con otorrea dello stesso lato, accompagnata da cefalea e da vomito, dovrebbe subito praticarsi l'esplorazione dell'apparato uditivo, per determinare l'estensione e i limiti della malattia e al tempo stesso por mente che l'esame delle fosse nasali e delle cavità accessorie può svelare la lesione iniziale, in quanto che le flogosi del naso sono capaci, ancor più di quelle auricolari, di produrre la paralisi dei nervi oculo-orbitali.

G. BILANCIONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Adunanza del 12 aprile 1918.

Contributo allo studio delle cisti traumatiche da ritenzione di proiettili.

G. VERGA. — In due soldati ha avuto occasione di constatare la presenza di una cisti del volume di un piccolo mandarino, contenente liquido citrino limpido e una palletta di shrapnell in essa sballottabile come in una tabacchiera.

La cisti si era sviluppata in un caso nello spessore del muscolo deltoide, nell'altro caso nei muscoli dell'eminenza tenare.

Presenta alla Società la cisti enucleata integralmente e i preparati microscopici della parete, i quali dimostrano la presenza di due strati ben distinti: uno esterno costituito da connettivo fibroso, l'altro interno costituito da connettivo giovane in via di attiva proliferazione. Dimostra non potersi trattare di un semplice coagulo in parte riassorbito e in parte organizzato, ma di una vera e propria entità anatomo-patologica che trova nella presenza del proiettile la ragione della sua origine e del suo sviluppo.

Ferite di guerra delle vie urinarie.

Dott. ERNESTO BRUGNATELLI. — L'O. riporta due casi di ferite alle ultime vie urinarie. Nel primo si tratta di una palletta di shrapnell penetrata in vescica sette mesi prima dell'operazione, per una ferita alla regione inguinale, e che diede luogo ad un grosso calcolo a forma ovoidale, dove il proiettile appunto rappresentava una prominenza sul calcolo che l'inglobava a metà. Diagnosticato, oltre che clinicamente, con una radiografia, fu estratto con cistotomia soprapubica.

Nel secondo caso si trattava di una ferita alla natica destra da scheggia di granata che, dopo avere leso la branca ischio-pubica, si era localizzata (come da radiografia) nel perineo con l'insorgere di disturbi urinari intermittenti (spec. accessi feb-

brili). In X giornata il proiettile venne eliminato per via uretrale spontaneamente con susseguente rapida guarigione.

Enucleazione di un fibroma del n. cubitale con conservazione della perfetta integrità del tronco nervoso.

G. VERGA. — Trattasi di un tumore del volume di una piccola noce (che l'esame istologico dimostrò essere un fibroma molle con zone di degenerazione grassa e mucosa) sviluppatosi nel contesto del n. cubitale al braccio, in un soldato nel quale non esisteva nessun sintomo che potesse far pensare a malattia di Reklinghausen.

Fu possibile l'enucleazione del tumore, previa incisione longitudiale della guaina e la ricostituzione del tronco nervoso, senza che l'esame neurologico potesse dimostrare la piccola alterazione da parte delle fibre nervose.

Ritiene che sia sempre consigliabile l'incisione esplorativa allo scopo di tentare l'enucleazione prima di decidersi alla resezione nella cura chirurgica dei tumori dei nervi.

Prende occasione per dire le ragioni per le quali i metodi di cosiddetta neurolisi interna dei nervi non hanno ragione di essere applicati. *

Società Medica di Parma.

Seduta del 15 marzo 1918.

I dati dell'elettrodiagnosi nelle sciatiche di origine scheletrica e la "sindrome del Bertolotti,,.

ROSSI dott. A. — Illustra nuove osservazioni di assimilazione della V vertebra lombare, ne mette in evidenza la sintomatologia nervosa e i dati rilevati all'esame elettrodiagnostico dimostrando come anche questi casi siano una nuova conferma dell'esistenza di un vero quadro clinico proprio a questo vizio di differenziazione regionale. L'esame elettrodiagnostico, in particolare, attesta l'esistenza obbiettiva di una vera neurite che colpisce il plesso sacrale da uno o da entrambi i lati a seconda che il vizio di assimilazione è uni- o bilaterale; caratteristica pure di questa neurite è di non essere grave, poichè non si osserva mai una R. D. completa con atrofia, anestesia e paralisi della parte, ma generalmente la R. D. è incompleta con ipotrofia, ipoestesia e qualche volta paresi; sono di preferenza colpiti i muscoli glutei, ma si può diffondere ai rami dello sciatico, più spesso l'ischiatico popliteo interno ed esterno.

Da tutto questo l'O. conclude che in omaggio all'autore che per primo ha illustrato la sintomatologia che accompagna la sacralizzazione della V vertebra lombare, tale sindrome si debba chiamare «sindrome del Bertolotti».

Le osservazioni dell'O. sono illustrate da numerose proiezioni di radiogrammi.

La terapia purgativa ipodermica.

TOMASINELLI prof. G. — Dopo aver accennato all'utilità di trovare un buon purgante per via ipodermica e aver fatto un poco di storia dell'argomento, riporta le sue osservazioni cliniche e i risultati delle sue ricerche sperimentali. Conclude affermando l'inefficacia del *solfato di magnesio* iniettato sotto cute; la scarsa azione del *solfato di sodio*, la cui dose ottima sarebbe g. 0.10 in cc. 1 di acqua; l'efficacia grande del *sennatin* che però dà qualche risentimento locale (dolore) e generale (febbre); l'utilità della *peristaltina* che non presenta alcun inconveniente. Dimostra poi sperimentalmente che il *sennatin* non abbassa la pressione arteriosa nei cani; che eccita i movimenti peristaltici degli intestini (conigli), osservati attraverso un vetro da orologio e dimostra pure sperimentalmente l'azione colagoga della *peristaltina*. Studiando il meccanismo d'azione di questo farmaco, dimostra che nell'uomo si ha prima eccitamento della peristalsi (aumento della caseina e stercobilina nelle feci), poi aumento del liquido intestinale per osmosi, al contrario di quanto si ha nella somministrazione di purganti salini per bocca.

Dott. A. ROSSI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

L'occlusione duodenale cronica nella ptosi viscerale.

(M. ROMME. *La Presse Médicale*, 1918, n. 5).

Gli individui affetti da ptosi viscerale oltre ad essere predisposti all'occlusione duodenale acuta vanno soggetti a disturbi digestivi cronici che devono interpretarsi come l'espressione di una occlusione cronica del duodeno determinata dall'arteria mesenterica. Conner e Albrecht hanno dimostrato quale sia il meccanismo dell'occlusione duodenale acuta. È noto che la porzione terminale del duodeno è situata davanti la colonna verteberale e l'aorta, e che in avanti è incrociata obliquamente dall'arteria mesenterica. Se si esercita quindi una trazione sul mesentere in direzione delle ossa della pelvi il duodeno viene a trovarsi compresso nella chiusura del compasso aortico-mesenterico. Questa trazione si produce nella caduta del pacchetto intestinale nella pelvi: il mesentere e l'arteria che esso contiene formano allora una briglia resistente che schiaccia il duodeno contro la colonna vertebrale.

Il meccanismo dell'occlusione duodenale cronica è assolutamente identico a quello dell'occlusione acuta, ma la ostruzione è incompleta. Byron Robinson, su parecchie centinaia di autopsie di individui con ptosi e con pareti addominali rilasciate, ha trovato venti casi di dilatazione gastrica e duodenale iniziantesi a destra in corrispondenza del solco che l'arteria mesenterica fa sul duodeno. Finney, in cinque casi di ptosi ha constatato uno stato di indigestione cronica con nausea e vomito, che egli attribuisce ad una stenosi incompleta del duodeno d'origine mesenterica. Bloodgood ha riferito cinque casi di dilatazione cronica del duodeno da occlusione mesenterica incompleta, ed ha notato in questi malati l'enteroptosi e la dilatazione del cieco prolassato nella pelvi. Bircher ritiene che l'ileo duodeno-digiunale cronico è un'entità morbosa: in tre casi operati egli constatò che il duodeno era molto dilatato e compresso sulla faccia anteriore da una vera corda mesenterica.

Vanderhoof in base all'osservazione di sei casi, dei quali uno studiato all'autopsia, due con l'intervento chirurgico e tre con la radioscopia, ha data una descrizione della sintomatologia della dilatazione cronica del duodeno. I sintomi sono quelli di una occlusione cronica con sede al di sotto dell'ampolla di Water. I malati presentano vomiti persistenti e recidivanti, contenenti bile e spesso in quantità considerevole. Inoltre accusano un dolore nella parte superiore destra dell'addome, un dolore ordinariamente vago, talvolta così intenso da far pensare ad una colica epatica. Spesso esso è alleviato dall'ingestione di alimenti. La stichezza è ostinata e frequentemente le feci sono in parte scolorate. Quasi sempre gli infermi presentano vaghi sintomi tossici, specie una cefalea persistente. Spesso oltre alla ptosi generalizzata con rilasciamento della parete intestinale esiste una marcata lordosi. Nei casi gravi l'inanizione progredisce e l'infermo finisce per soccombere all'acidosi.

Come si vede, il quadro clinico è abbastanza banale. Le difficoltà diagnostiche sono quindi molte e vien fatto di pensare se in tutti quei casi di dimagramento con ptosi nervosa che guariscono col riposo, la sopralimentazione, la psicoterapia, il massaggio, non si tratta di una occlusione duodenale cronica in rapporto con la ptosi.

Comunque una diagnosi esatta non si può fare senza l'esame radioscopico. Un eccellente studio al riguardo è stato fatto da Jordan. Le sue teorie patogenetiche sono un po' differenti da quelle degli autori precedenti in quanto che egli d'accordo con Arbeethnot Lane ritiene che l'occlusione duodenale cronica è una conseguenza della stasi intestinale cronica che determina la caduta delle anse del tenue nella pelvi, donde trazione del mesentere e chiusura dell'angolo duodeno-digiunale.

Per fare l'esame radioscopico in tali casi, Jordan consiglia di somministrare al paziente un brodo bismutato allungato, non contenente alcuna particella solida: il primo esame si pratica mentre il soggetto è in piedi, poi lo si fa coricare sul lato destro per facilitare il passaggio del liquido attraverso il piloro e si fa allora un esame nel decubito dorsale. Se il duodeno in questo momento contiene poco o niente bismuto, si lascia il paziente in posizione seduta per qualche minuto prima di ripetere l'esame. In uno dei casi di Jordan l'esame mostrò che, malgrado le contrazioni molto energiche del piloro, il bismuto passa nel tenue in piccola quantità solo un'ora dopo la ingestione, e solo dopo ventisei ore lo stomaco ed il duodeno furono trovati vuoti. In un altro caso le dimensioni del duodeno erano doppie del normale; per sette o otto minuti vi videro allo schermo contrazioni molto vigo-

rose del duodeno, e solo dopo una contrazione più energica il liquido passò nel tenue; in questo caso il duodeno e lo stomaco si vuotarono dopo qualche minuto. Ma il passaggio attraverso l'intestino durò tre volte più che il normale, perchè dopo ventiquattro ore l'ileo ed il cieco situati nella pelvi contenevano ancora del bismuto.

Secondo Holzknet nella stenosi del duodeno questa parte dell'intestino mostra tutti intieri i suoi contorni, mentre normalmente la parte visibile è solo il bulbo. D'altra parte esso presenta un'esagerazione dei movimenti peristaltici che invece di condurre allo svuotamento del suo contenuto si risolvono solo in modificazioni di forma e di volume.

La terapia della stenosi duodenale cronica è tra le più semplici. Nei casi leggeri basta una cura di ingrassamento per diminuire l'enteroptosi e sopprimere così l'occlusione. Nei casi più gravi Vanderhoof consiglia di fare assumere ai malati ogni due ore e per un quarto d'ora la posizione genu-pettorale e negli intervalli lasciarli nel decubito dorsale. Ma vi sono dei casi gravi nei quali i malati sono in un tale stato d'inanizione che l'acidosi è minacciante. Allora occorre l'intervento chirurgico sollecito: la maggior parte degli autori ritengono necessaria la gastro-enterostomia, la duodeno-digiunostomia o la resezione della metà destra del colon con ileo-colostomia.

DR.

Un nuovo sintoma della perforazione gastro-duodenale.

Field (*Boston Medic. and Surg. Journal*, 1918) osserva che la diagnosi di perforazione dello stomaco e del duodeno può molte volte rimanere dubbia quando manchino sintomi veramente caratteristici. In ogni caso di perforazione si versano nella cavità peritoneale gas e liquidi in varia quantità. I gas possono insinuarsi tra il fegato ed il diaframma, come si è potuto dimostrare anche con l'esame radioscopico, ed allora si ha la scomparsa della ottusità epatica normale. I cambiamenti di posizione renderanno più evidente questo reperto, in quanto che i gas tendono a spostarsi in alto, ed i liquidi in basso: in posizione seduta, nei casi di perforazione si ha timpanismo sopra la grande ala del fegato; mentre in decubito con leggera inclinazione verso la testa si ha un aumento della zona di ottusità. È ben vero che il reperto plessimetrico del fegato varia molto anche normalmente con i cambiamenti di posizione, ma in nessun caso le differenze sono così notevoli come nella perforazione gastro-duodenale. L'A. ritiene che questo segno ha un valore notevole e dovrebbe essere ricercato in ogni caso; sopra tutto nei casi dubbî è un elemento diagnostico decisivo.

a. a.

Ulcere gastriche con imponenti gastrorragie da gas tossici di guerra.

G. Zagari (*Riforma medica*, 30 marzo 1918) ha fatto oggetto di una sua lezione un militare, il quale, in seguito all'esplosione di un proiettile contenente gas tossici, ha perduto i sensi. I sintomi notati in seguito sono stati i seguenti: dolori lombari ed ematuria; più tardi dolore gravativo allo stomaco, bruciore conati di vomito, e da ultimo ematemesi grave ripetutasi parecchie volte. I dati anamnestici erano negativi, specialmente per quanto riguarda le funzioni gastriche, le quali erano affatto normali.

Non v'ha quindi dubbio che l'ematemesi è da mettersi in rapporto con l'azione del gas tossico. L'evoluzione però in questo caso è alquanto diversa da quella osservata da altri AA. in casi di ulcere gastriche da gas tossici, poichè mancano qui i fenomeni di azione prevalentemente tossica sulle prime vie digerenti (bruciore alla dietrobocca ed esofago, pirosi, dolori epigastrici). Sono invece presenti i sintomi di intossicazione, quali disturbi nervosi di agitazione, cefalea, ipostenia, oltre all'ematuria già accennata.

È giocoforza quindi ritenere che, oltre all'ulcera gastrica classica con tendenza ad approfondarsi, esistano delle perdite della mucosa gastrica, delle ulcerazioni da causa tossica (gas tossici, veleni minerali, tossina difterica) come possono verificarsi anche per causa infettiva (localizzazione di germi, fusione di ascessolini). In seguito l'azione del succo gastrico ha campo di esplicarsi sulla *muscolaris mucosae* e di interessare vasi sanguigni, donde il manifestarsi improvviso dell'ematemesi, in modo anche più grave dell'ulcera classica, in cui si tratta di processo cronico in stomaco che già funziona anormalmente.

La cura ha consistito nella somministrazione di cloruro di calcio (gr. 4 in 50 di acqua e 100 di sciroppo di scorze d'arancio amaro), iniezione di ergotina, vescica di ghiaccio all'epigastrio. In seguito, larghe somministrazioni di bicarbonato di sodio (8-10 gr. a 1 gr. per dose), di bicarbonato di bismuto (4-6 gr.) o di magnesia calcinata.

FIL.

TERAPIA.

Un caso di dissenteria amebica curato con clisteri di neosalvarsan.

Da tempo si conosceva nell'ipecacuana, da qualche anno nell'emetina, un rimedio specifico della dissenteria amebica. Ma è noto, a chi ha esperienza della malattia, quanto ostinate siano le recidive e quanto più difficilmente, a lungo andare, esse risentano gli effetti del rimedio.

Non sembrerà strano quindi che tentativi da varie parti siano stati fatti per sostituire, in casi determinati resistenti, altri rimedi all'emetina.

Waldhams e Hill, v. den Brauden e Dubois, Wheeler, Mauté, Ravault e Krolunitsky hanno tentato l'uso del salvarsan e del neosalvarsan per iniezioni o per clisteri nella dissenteria amebica con resultati confortanti.

Il dott. P. Calame, di Losanna (*Revue médic. de la Suisse romande*, febbraio 1918), aggiunge un nuovo contributo alla bontà del metodo.

In un dissenterico, malato da due anni, la rettoscopia permise di trovare numerose ulcerazioni rettali; e in un preparato allestito col raschiamento delle ulcere erano evidenti numerose amebe istolitiche. L'ammalato fu sottoposto a cura di emetina per iniezioni in serie e a clisteri di nitrato di argento. Dopo un mese, migliorato nello stato generale, clinicamente guarito nei disturbi intestinali, lascia la casa di cura. A distanza di un anno ha una grave recidiva, che resiste alle iniezioni di emetina, mentre i clisteri di nitrato d'argento non sono sopportati. L'ammalato era in tale grave stato generale e i fatti intestinali erano sì impressionanti, da far pensare ad un intervento chirurgico (appendicostomia): l'A. però volle prima sperimentare i clisteri di neosalvarsan.

Il resultato fu meraviglioso: il malato, che aveva una media di dieci a quindici scariche al giorno, diarroiche, fatte di muco e di sangue, vide sparire macroscopicamente il sangue dopo il primo lavaggio, il muco dopo il secondo, e dopo il terzo le scariche si ridussero ad una al giorno; egli può mangiare subito di tutto e non subisce alcuna altra cura.

Dopo 6 mesi dalla cura nessuna recidiva.

Il caso è veramente istruttivo: con esso naturalmente non è dimostrato nel salvarsan un mezzo di cura radicale della dissenteria amebica, ma certo un ottimo succedaneo del rimedio comune, l'emetina, quando esso non sia sopportato o non si mostri più efficace.

t. p.

La tossicità del cloridrato d'emetina.

È ben noto che l'emetina costituisce uno specifico della dissenteria amebica, contro la quale esso manifesta un'azione paragonabile a quella della chinina nella malaria.

Ma si tratta di un rimedio eroico, che va usato con metodo.

Secondo J. Guglielmetti (*Presse médicale*, 24 gennaio 1918), la tossicità del cloridrato d'emetina si manifesta sotto tre forme: 1. *Massiva o immediata*, con morte entro 24 ore: negli animali da esperimento la dose certamente mortale (non la minima) varia da gr. 0,0075 per kg. (cane) a g. 0,015-0,02 (coniglio, cavia, topo, gatto, ecc.); 2. *Differita o mediata*: morte da 7 a 12 giorni dopo l'iniezione; 3. *Cumulativa*: la somministrazione prolungata di una dose che rappresenta la decima parte di quella che uccide nelle 24 ore, può alla lunga produrre la morte.

Per l'uomo adulto non si conosce la tossicità massiva, ma si devono temere le intossicazioni mortali a partire da gr. 0,60; esse, probabilmente, sono da tenersi con gr. 1,20.

L'A. consiglia di non iniettare quotidianamente gr. 0,15 per più di cinque o sei giorni consecutivi, gr. 0,10 per più di 8-10 giorni, gr. 0,05 per più di 15-20 giorni, lasciando lunghi intervalli fra le serie.

È sconsigliabile le via endovenosa.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(942) *Per la difesa dalle zanzare malarigene.* — All'abb. n. 8377:

Il miglior mezzo per difedersi dalle zanzare è quello... di non farle penetrare nell'abitato, provvedendo di adatte reticelle finestre e porte.

Per ucciderle riesce vantaggioso in vicinanza dell'abitato tenere una lampada provvista di forte riflettore e di vaschetta di petrolio.

Per l'interno della casa hanno azione zanzarifuga gli odori di mentolo, di trementina, di canfora, di aglio, oppure i fumi di tabacco, di crisantemi, di foglie di eucaliptus, di camomilla, di pece, di incenso bruciati.

I fiori di crisantemi con radici di valeriana (zanzolina) bruciati nella quantità di 1-2 cucchiai per un ambiente di 36-40 m. c. stordiscono e paralizzano le zanzare per parecchie ore.

Naturalmente se nei dintorni dell'abitato, per un raggio di uno o due chilometri, con vigile e paziente cura, si fa opera di risanamento del terreno, il numero delle zanzare, che infesterà l'abitato, sarà molto minore, date le abitudini poco migratrici dell'insetto.

Quando il risanamento del terreno offra difficoltà insormontabili per l'iniziativa privata, la disinfezione degli stagni (con nafta o petrolio) renderà ottimi servigi.

PONTANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

C. R. BELGRANO. *Trattamento delle fratture aperte da arma da fuoco.* Vol. di 496 pagine, edito dalla Tipografia dei Giovani derelitti in Genova, 1918. Prezzo L. 12.

Il lavoro sviluppa ampiamente il trattamento delle fratture aperte da arma da fuoco così frequenti a riscontrarsi in guerra. Oltre il lato teorico, sono riportati numerosi casi clinici con annesse radiografie e fotografie ricavate dal ricco materiale dell'Ospedale clinico-chirurgico di Genova, diretto dal prof. sen. G. F. Novaro nella cui Clinica il lavoro venne compilato.

Un primo capitolo svolge i concetti generali della natura delle fratture d'arma da fuoco e sul comportamento aspettante o sull'intervento precoce che si deve adottare. Svolge quindi in modo esauriente il capitolo della *medicazione delle ferite*, se cioè questa deve seguire la scuola dell'asepsi o dell'antisepsi dichiarandosi in modo reciso per la medicazione assorbente asettica, coll'esclusione di qualsiasi medicamento che miri a distruggere i germi in seno alla ferita. A complemento di ciò dedica un capitolo al *bagno permanente*, che dimostra essere il mezzo sovrano specie per le lesioni delle mani e dei piedi.

Svolge in paragrafi separati la discussione sul metodo migliore per la *disinfezione delle mani dell'operatore*, così pure tratta dell'importanza della radiografia e delle varie indicazioni all'estrazione dei proiettili, dei vari metodi di *anestesia*, del trattamento coadiuvante di atti operatorii.

Classifica le fratture, riguardo al trattamento, in: *Fratture diafisarie, fratture articolari, fratture metafisarie.*

Tratta in un capitolo a parte le lesioni che interessano lo scheletro della *mano* e del *piede.*

Dedica un capitolo a parte all'argomento importantissimo delle *amputazioni* dichiarandosi per quella chirurgia che permette la conservazione ad oltranza.

Divide le fratture del capo in quelle del cranio, propriamente detto, e quelle dello scheletro facciale, che sviluppa riportando anche casi clinici della massima importanza.

Svolge brevemente il trattamento delle fratture della *colonna vertebrale*, del *torace* e del *bacino.*

Le *complicanze* delle fratture sono svolte sia dal lato clinico come dal lato terapeutico, cominciando dalle lesioni *vasali, nervose, tendinee*, per arrivare alle complicanze *settiche*, non escluso il *tetano*.

Quello che interessa in modo speciale in questo lavoro, è lo svolgimento delle *cure complementari* così spesso trascurate, mentre sono quelle che possono più di ogni altro evitare gravi postumi al ferito, quali anchilosi in cattiva condizione, retrazioni tendinee muscolari, ecc.

Nell'ultimo capitolo tratta della cura dei *postumi*, quali i calli viziosi, i calli dolorosi, le pseudoartrosi, ecc.

L'autore cita una bibliografia amplissima, si può dire completa, data l'importanza dell'argomento e la quantità enorme di lavori pubblicati al riguardo.

Il tema come si vede è completamente esaurito e svolto in tutte le sue parti; esso può essere utile per il chirurgo che abbia a trattare lesioni di guerra.

S. A.

A. HERPIN. *Les fractures de guerre du maxillaire inférieur.* Un vol. in-8° di oltre 150 pag., con 100 fig. — F. Alcan, editore. Parigi. Prezzo L. 4.40.

Le lesioni del mascellare inferiore prima della guerra erano abbastanza rare, sicchè si può dire che nessun metodo sistematico di trattamento era stato descritto. La guerra attuale, nelle speciali condizioni in cui si svolge, e particolarmente la guerra di trincea ha accresciuto considerevolmente la percentuale di tali lesioni, sicchè i chirurghi hanno dovuto improvvisare servizî speciali e metodi di trattamento, tanto più che le lesioni di questo osso, per le relazioni con gli organi annessi presentano delle particolarità affatto speciali.

L'A., premesse le necessarie nozioni anatomiche, prende in esame la sede delle lesioni, che classifica in fratture interessanti l'osso propriamente detto, in fratture delle parti annesse, considerando come casi particolari le fratture parziali incomplete e le vaste distruzioni.

Per ognuna di queste categorie studia la sintomatologia ed il trattamento, sia quello d'urgenza, che la protesi definitiva.

Il lavoro rappresenta la sintesi di molte centinaia di osservazioni.

ini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Unione dei Medici Italiani per la resistenza nazionale.

Come abbiamo annunziato, il 4 maggio si tenne in Genova il primo Convegno dell'Unione dei Medici Italiani per la resistenza nazionale; vi intervennero numerosi sanitari di varie regioni d'Italia; aderì un gran numero di Ordini dei sanitari delle provincie del Regno, nonchè medici illustri, senatori, deputati, professori delle Università; per l'importanza delle relazioni che vi furono presentate, per la elevatezza delle discussioni, per l'alto sentimento patriottico che ne ispirò tutte le votazioni, il Convegno ha avuto un risultato degno delle più nobili tradizioni della nostra classe.

Riportiamo un «Proponimento» che, su proposta del prof. L. Devoto, i medici convenuti hanno acclamato, onde rendere sempre più accette alla popolazione le rinuncie e le restrizioni resesi necessarie per l'economia dei consumi, nonchè il voto contro il disfattismo di certi medici.

Per l'economia dei consumi.

«Noi medici italiani vogliamo, innanzi tutto, col nostro esempio personale e con quello delle nostre famiglie, in ogni occasione concorrere ad una austera economia degli alimenti di cui oggi specialmente difetta il Paese, sovratutto: grani, carne, latte e zucchero. E sempre col proposito di accrescere il risparmio alimentare a vantaggio del Paese e dei malati, ci impegniamo, con serena ed uniforme disciplina, a non proporre nè a tollerare, nell'ambito del nostro esercizio professionale, prescrizioni e abitudini alimentari che non siano giustificate, nella quantità e qualità specifica, da strette esigenze terapeutiche, bene accertate, presso individui infermi o semplicemente delicati».

Contro il disfattismo.

«I medici italiani, riuniti a Genova in solenne adunanza, nel momento attuale che preludia ad una nuova e grande epoca storica, sentono più vivo e potente il loro affetto verso la Patria, più salde le loro aspirazioni ai progressi della civiltà, deplorano che qualche collega, sedente in Parlamento, mentre Governo e Paese reclamavano da tutti concordia, unità di intenti, resistenza per cacciare il nemico secolare che oggi calpesta il nostro suolo, deturpa i nostri monumenti, martirizza i nostri fratelli, abbia potuto emettere una voce che rinnega la Patria, la sua storia, la sua missione, condannano l'opera nefanda, e fanno voti perchè dalle presenti contingenze l'Italia risorga unita, forte, libera e degna del suo avvenire».

Norme vigenti per l'avvicendamento degli ufficiali medici in zona di guerra e in zona territoriale.

(Stralcio di risposta alla relativa interrogazione dell'on. Renda).

Per assicurare il servizio nelle prime linee della zona di guerra provvede il D. L. 12 novembre 1916 in base al quale tutti i medici appartenenti alle classi 1884 e più giovani sono per esse *esclusivamente* riservati.

Il rendimento delle dette classi è appena sufficiente allo scopo e perciò è necessario mantenere saldamente l'integrale applicazione del decreto sopra citato tanto più che la produzione dei medici giovani è del tutto sospesa.

Gli ufficiali medici delle classi 1884 e più giovani si avvicendano fra loro nella stessa zona di guerra e nelle formazioni di prima e seconda linea, cioè a dire prestano servizio a turno di 6 mesi in un reggimento o in una sezione di sanità o in un ospedale da campo.

L'avvicendamento propriamente detto consiste nel richiamo presso le formazioni sanitarie della zona territoriale degli ufficiali medici mobilitati. Finora è *limitato* a quelli appartenenti alla *classe 1878* dopo un anno almeno di servizio in zona di guerra, e non è possibile estendere tale beneficio ad altre classi, per insufficiente disponibilità di personale fisicamente idoneo, tanto più che, per non turbare l'assestamento del servizio sia in zona di guerra che in zona territoriale, il cambio deve compiersi tenendo sempre conto delle specialità professionali e della idoneità fisica. La deficienza sopra accennata dipende dal rilevante numero dei già avvicendati (circa 2000), dalla mobilitazione già compiuta sistematicamente fino alla classe del 1880, dalla necessità di provvedere all'inquadramento di nuovi reparti, alla costituzione di altre unità sanitarie, al ripianamento delle deficienze rappresentate dalla ordinaria quotidiana usura dell'organismo sanitario.

Si consideri inoltre la coesistente necessità di destinare a servizi civili, medici in sostituzione di altri ai quali viene revocata la dispensa o l'esonero per non avere compiuto il servizio militare prescritto (D. L. 9 dicembre 1917).

Trattasi di servizi ai quali, eccettuato il medico che vi si trova, altri — come è ovvio — non ha, di norma, alcun interesse di essere destinato.

Attualmente tali posti vengono coperti con i medici che non hanno diritto all'avvicendamento (più giovani del 1878) e che, non potendo in altro modo ottenere il ritorno in zona territoriale, optano per la destinazione ad un servizio civile.

Appare adunque evidente che, se maturasse anche per essi il diritto all'avvicendamento e cioè attraverso l'avvicendamento potesse realizzarsi il ritorno in sede prossimiore a quella abituale, se non addirittura in quella stessa, non avremmo modo di assicurare convenientemente i servizi civili che la applicazione del decreto sopra ricordato 9 dicembre 1917 lascia scoperti. Ai servizi stessi vengono destinati, previo ricollocamento in congedo, ufficiali medici designati dalle stesse amministrazioni interessate fino alla classe 1881 inclusa, con nessuna altra limitazione oltre quella di avere prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra o anche se appartenenti alle classi 1882-1883 — purchè, oltre la suddetta condizione, sieno riconosciuti di menomata idoneità fisica.

Per effetto di tale decreto molti ufficiali medici fino alla classe 1883 potranno tornare al servizio

civile dal quale furono allontanati all'atto della mobilitazione generale, moltissimi altri saranno richiamati per servizi civili in zona territoriale, se non nella stessa residenza di prima della guerra.

Ecco come l'avvicendamento propriamente detto (1878) verrà presto largamente integrato dalla destinazione ai servizi civili (1883), ferme restando le disposizioni relative alle classi 1884 e più giovani riservate alle necessità delle prime linee.

Le norme sopra riassunte sono quelle cui attualmente si attiene il Ministero della guerra, d'accordo col Comando Supremo e con la Intendenza generale, e costituiscono un coordinato sistema a sostegno del funzionamento sanitario in zona di guerra, in zona territoriale e nella popolazione civile.

Poichè tali necessità sono suscettibili di modificazioni, potranno anche variare i limiti e i criteri d'avvicendamento, che finora però occorre mantenere integri e fermi.

Roma, 22 aprile 1918.

Il Ministro: ZUPELLI.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2520:

Il ruolo di complemento nel quale Ella è entrato, in seguito alla sua domanda, è composto di una speciale categoria di ufficiali, che ottengono le promozioni in base ai titoli e non per anzianità di servizio. Dato ciò, Ella non potrà aver il grado di capitano se non quando avrà compiuto *i 15 anni di esercizio professionale* che in tale categoria sono prescritti.

Al dott. F. P. C. da T.:

Data la malattia dalla quale è affetto, può chiedere di essere sottoposto a nuova visita allo scadere della licenza e molto probabilmente otterrà l'esonero.

All'abb. n. 6667:

Data la classe non giovanissima l'esonero è, se non probabile, possibile.

Ritengo che ormai le decisioni del Ministero in fatto di esoneri non possono troppo tardare.

Al dott. G. D. da M.:

La Commissione per le promozioni speciali (articolo 13) è inappellabile.

Essa, del resto, è composta di ufficiali generali *non* medici.

Al dott. C. L. da O.:

Per quanto dichiarato inabile al servizio incondizionato Ella non ha diritto ad essere destinato a prestar servizio nel proprio Corpo d'armata territoriale, concessione che si fa solo ai medici richiamati di classe molto anziana.

Se ha fatto quattro mesi in zona di guerra e poi ne è stato allontanato per inabilità non può portare il distintivo.

Se è inabile a servizio incondizionato, difficilmente potrà ottenere che una proposta di avanzamento venga dalle autorità da cui dipende inoltrata al Ministero.

All'abb. n. 327:

Nulla vi è da eccepire circa la situazione del suo collega titolare della condotta, poichè esso deve considerarsi, sebbene avvicendato, ancora in servizio militare.

Occorrerebbe ora conoscere le ragioni per le quali fu dispensato l'altro collega interino; e occorre soprattutto farsi una idea chiara, che non risulta affatto dal suo scritto, circa la Sua personale situazione verso il Comune nel quale esercita.

All'abb. n. 4322:

Durante la guerra non è ammesso il passaggio di ruolo, cui Ella accenna, in seguito a domanda.

Al dott. G. C. da B.:

Per ottenere la nomina a capitano medico di complemento per titoli occorre presentare i documenti necessarii per dimostrare di aver compiuto 15 anni di esercizio professionale.

All'abb. n. 3748:

L'ufficiale medico addetto ad un corpo, data la speciale indole tecnica delle sue mansioni, non può nè deve assumerne il comando, anche se eventualmente manchi altro ufficiale del corpo stesso più anziano di lui.

È bensì avvenuto qualche volta in guerra che, caduti gli altri ufficiali del battaglione o della compagnia, l'ufficiale medico, nella suprema necessità del momento, ha riunito intorno a sè i soldati rimasti privi di guida ed ha saputo condurli con avvedutezza e coraggio.

Ma tali episodii di valore, sono giustificati e spiegati dalle eccezionali circostanze in mezzo alle quali si sono svolti, e non infirmano quanto precedentemente si è detto.

Al dott. A. R. da P.:

Non sembra dubbio che, dato il decreto luogotenenziale con il quale sono stati chiamati a visita gli ufficiali medici riformati, la visita alla quale è stato sottoposto non sia stata dovuta.

All'abb. n. 5369:

Il decreto luogotenenziale del dicembre scorso non è affatto sospeso, ma la sua attuazione avviene gradualmente a seconda dei bisogni di personale che si prospettano.

L'anzianità della sua classe non è tale ('79) da escludere che Ella possa, se richiamato, essere destinato a prestar servizio in zona di operazioni.

Circa l'ultimo quesito il padre interessato può avanzar domanda al Ministero.

All'abb. n. 5372:

Alcune volte le pratiche a cui Ella accenna subiscono ritardi ben superiori ai 15 giorni.

Nel suo caso può darsi che il Ministero attenda di conoscere anche il responso della Commissione degli esoneri.

All'abb. n. 4584:

I medici che hanno compiuto i 40 anni di età e trovansi da oltre un anno in zona di guerra vengono avvicendati in seguito a loro domanda.

All'abb. n. 7947:

È possibile che avvenga l'avvicendamento a cui Ella accenna, qualora il collega trovisi da più di un anno in zona di guerra ed appartenga ad una classe più anziana di quella del 1884.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Alfonso Neuschüler, maggiore medico di complemento, è stato promosso tenente colonnello medico per meriti eccezionali.

Cordiali rallegramenti.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavalieri: Barone Vincenzo, medico provinciale a Palermo; Pedrazzoli Guido, medico capo nell'Ufficio sanitario delle Ferrovie dello Stato per i compartimenti di Milano e Venezia; Rocchi Francesco Saverio, libero docente di ostetricia a Roma.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. LUIGI RESNATI ha perduto in America il figlio, capitano aviatore SILVIO.

Prodigioso pilota, questi si era recato colà per far trionfare i nostri «Caproni» e creare una scuola di perfetti aviatori. È rimasto ucciso durante un volo sul campo di Hompsurad. Gli sono state rese onoranze funebri solenni dal popolo americano.

Il dott. Resnati ha al fronte un altro figlio, anch'esso aviatore.

Nella buona fortuna e nel valore di questo e nella memoria superba e sacra dell'altro, possa egli temprare il suo virile dolore. M. I.

Il dott. GIULIO ATTILIO SALAROLI, capitano medico nell'Ospedale militare di Fognano (Ravenna), ha perduto l'amatissimo figlio, ten. medico GINO, vittima dell'Austria, che dopo 20 mesi di prigionia lo restituiva sfinito, a causa dei perversi maltrattamenti. Il compianto dott. Gino lascia la giovane vedova con tre orfani ed i genitori straziati dall'irreparabile perdita.

Il dott. G. A. Salaroli era giunto in Italia dalla lontana America, con quattro figli, tutti idonei al servizio militare e dei quali tre tuttora al fronte.

Sono venuti tra noi pieni di entusiasmo e fidenti nella completa vittoria. S.

MEDAGLIA DI BRONZO.

FIORE GIOVANNI, da Pomarico (Potenza), tenente medico complemento sezione sanità. — Sotto il continuo fuoco dell'artiglieria avversaria, che batteva violentemente i locali della sezione, noncurante del pericolo, con grande zelo ed abnegazione, prestava soccorso alle numerose vittime d'un attacco nemico con gas asfissianti. In occasione di altri bombardamenti, dava ai propri dipendenti lodevole esempio di serenità e di calma. — Sagradò, 29 giugno 1916.

BERNARDI cav. LUIGI, da Cagliari, maggiore medico capo ufficio sanità divisione. — Capo ufficio di sanità divisionale, con fattiva intelligenza, rara attività ed elevato spirito di abnegazione, presiedeva e dirigeva il servizio sanitario della divisione, facendolo funzionare in modo assai lodevole. Nei giorni d'azione, personalmente si recava nei punti più avanzati a disciplinare e coordinare il servizio di raccolta e sgombero dei feriti. Colpito dal tiro dell'artiglieria nemica il locale in cui aveva sede la sezione di sanità, ed essendovi state delle perdite, colla fermezza ed il coraggio di cui fu esempio, seppe ricondurre la calma tra i feriti ed il personale della sezione, facendo continuare il servizio senza interruzione. — Altipiano Carsico, agosto-settembre 1916.

MEDICINA SOCIALE.

Per la rieducazione dei mutilati.

La presidenza dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra ha diramato ai Presidenti delle Associazioni dei Comitati e degli Istituti Pro-Invalidi, la seguente circolare:

«Una delle finalità essenziali che questa Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi della guerra si propone di raggiungere, è quella di ridonare la capacità al lavoro a tutti, o quanto meno al maggior numero possibile dei mutilati e degli storpi del braccio che prima della guerra esercitavano a lavori manuali, e specialmente ai lavoratori della terra, che, com'è noto, rappresentano la grandissima maggioranza dei nostri gloriosi invalidi.

È invece da rilevare che finora soltanto una minima insignificante percentuale di detta categoria è stata indirizzata in questo senso, mentre invece fu per lo più incoraggiata o assecondata la istintiva tendenza degli invalidi ad orientarsi verso la carriera degli impieghi o verso le altre occupazioni poco faticose, ma ancor meno remunerative.

La causa principale di questo errato indirizzo va specialmente ricercata nella poca fiducia riposta dal mutilato e dallo storpio del braccio nella sua capacità ad un produttivo lavoro manuale, come pure nella efficacia degli arti lavorativi finora applicati.

Ciò stante l'Opera Nazionale ritiene essere precipuo dovere di quanti si occupano della rieducazione professionale degli invalidi, di rivolgere i maggiori sforzi al fine di rimuovere tali diffidenze e di persuadere, con tutti i mezzi, i mutilati e gli storpi del braccio, che essi possono divenire lavoratori produttivi in misura non di rado uguale a quella di un operaio normale, e che gli arti lavorativi hanno indiscutibile praticità ed efficacia per utilizzare le energie residue dei monconi e delle braccia paralitiche o storpie.

Gli Istituti, Comitati ed Associazioni Pro-Invalidi dovranno, pertanto, con la persuasione e con l'esempio, indurre tutti mutilati e storpi del braccio a sperimentare la lavorazione manuale nello stesso mestiere che prima esercitavano od in quell'altro pel quale si dimostrassero più adatti per capacità od inclinazione, applicando quei tipi di arti di lavoro che l'esperienza ha ormai dimostrato migliori.

E specialmente tutti i lavoratori della terra dovranno, a cura delle scuole di rieducazione, essere addestrati nell'uso dell'apparecchio a sospensione cardanica di Iullen — che si è finora dimostrato il più razionale strumento di lavoro per gli agricoltori mutilati o storpi del braccio — ed esserne tutti indistintamente forniti, al momento della loro dimissione dalle scuole stesse.

Quest'Opera Nazionale confida pertanto che le istituzioni che s'interessano vorranno conformare la loro azione agli anzidetti criteri e che nelle scuole di rieducazione verrà provveduto analogamente a quanto si è disposto per gli arti di lavoro.

Si rimane in attesa di un cenno di assicurazione in proposito».

Il presidente: DURANTE.

NOTIZIE DIVERSE

Istituto Interalleato per gli invalidi.

Il Comitato permanente interalleato, costituitosi per lo studio delle questioni riguardanti gl'invalidi di guerra, si è riunito recentemente a Londra, per invito del governo inglese, e ha deciso la creazione d'un Istituto interalleato, avente sede a Parigi. Tale istituto è destinato a funzionare da organo d'informazioni, di studi e di coordinamento degli sforzi fatti a beneficio degli invalidi, nei diversi Stati alleati. Esso avrà parimenti lo scopo di favorire, in questo campo, le ricerche scientifiche provocando in particolar modo la creazione e lo sviluppo di laboratorî di ricerche, di studi e di esperimenti circa la protesi, la fabbricazione di strumenti speciali e apparecchi di protezione per i mutilati. Riunirà pure in una biblioteca libri, studi, articoli e documenti d'ogni genere riguardanti gli invalidi della guerra, ed in un museo permanente gli apparecchi protetici, ortopedici, di lavoro e gli strumenti pratici utilizzabili nei diversi paesi.

Una riunione delle Croci Rosse Americana e Italiana.

Il Commissario della Croce Rossa Americana in Italia, colonnello Perkins, indisse per il 23 maggio una riunione tra il personale italiano ed americano della Croce Rossa degli Stati Uniti, attualmente a Roma, per celebrare il terzo anniversario della guerra d'Italia. Il trattenimento ebbe luogo a Villa Aurelia sul Gianicolo. Il colonnello Perkins pronunziò un discorso in cui ha detto:

«Noi, americani ed italiani, che dedichiamo in Roma la nostra opera per la Croce Rossa Americana, ci siamo qui riuniti oggi, come i componenti di una grande famiglia, per esprimere il nostro profondo apprezzamento, per il privilegio che abbiamo di essere associati con il leale popolo e con i bravi soldati italiani, i quali così coraggiosamente stanno sostenendo il peso della guerra da ben tre anni.

«A voi, Italiani, che appartenete alla nostra organizzazione, desidero di esprimere i miei personali ringraziamenti e quelli dei miei collaboratori Americani, per il prezioso contributo della vostra alla nostra opera, in questo caro paese che abbiamo appreso ad amare.

«Voi che ben la conoscete, saprete che la Croce Rossa Americana è la espressione pratica delle fraterne relazioni che legano il popolo americano all'Italia. Noi siamo uniti insieme ed assieme combatteremo per la vittoria che certamente verrà. Viva l'Italia. Viva l'America».

Dopo il colonnello Perkins parlarono il colonnello Apolloni e l'ambasciatore americano Thas Nelson Page.

Campagna antimalarica della Croce Rossa.

Con il 20 maggio la Croce Rossa Italiana ha iniziato, a cura del proprio ufficio antimalarico, il servizio di profilassi malarica e di cura dei malarici nell'Agro Romano, nella Palude Pontina e nella Maremma.

Funzionano attualmente dieci ambulanze e dieci posti sanitarî, con opportune dislocazioni nella zona che da Terracina si estende sino a Talamone in provincia di Grosseto.

È noto come sia la Direzione generale di Sanità pubblica, sia quella di Sanità militare, in quest'anno si siano in modo speciale interessate perchè venga provveduto in modo efficace a difendere dall'infezione malarica la popolazione civile e i militari.

E la Croce Rossa perciò ha opportunamente disposto che il servizio di profilassi malarica fosse iniziato con l'anticipo di un mese e mezzo rispetto agli anni decorsi.

Tale servizio si estende anche nelle Puglie e nella Sicilia.

Una esposizione pro Croce Rossa a Milano.

Il Comitato milanese di propaganda ha invitato artisti e raccoglitori a donare con generosità disegni di qualunque specie, dalla caricatura allo schizzo decorativo, dallo studio del quadro al bozzetto fantastico. Tutto sarà poi accuratamente catalogato, esposto e venduto a beneficio dei feriti nostri.

La parte amministrativa della Mostra è stata assunta dal prof. Adolfo Padovan, segretario del Comitato stesso, e l'organizzazione è affidata a una Commissione di artisti e di studiosi.

Due nuove auto-ambulanze alla Croce Rossa.

La Società anonima Nafra di New York e Nafra Italiana, quest'ultima con sede a Milano, hanno offerto in dono alla Croce Rossa Italiana due autoambulanze, impegnandosi a sostenere tutte le spese della manutenzione.

Le cure termali per gli ufficiali convalescenti.

Il *Giornale Militare Ufficiale* ha pubblicato una circolare ministeriale nella quale si stabilisce che, nella stagione prossima, estivo-autunnale, funzionino per le cure balneo-termali i seguenti stabilimenti: Acqui, Casciana, Ischia per ufficiali e truppa, Casamicciola per la sola truppa. Le mute per gli stabilimenti saranno nove, della durata di quindicini giorni ciascuna.

Hanno avuto inizio il 25 aprile e dureranno fino al 30 settembre prossimo venturo. Negli stabilimenti suddetti potranno essere accolti i militari

affetti da reliquati di ferite, lesioni o malattie riportate nell'attuale guerra.

Le relative proposte di ammissione dovranno essere trasmesse alla Direzione generale di Sanità presso il Ministero della guerra.

Per i ciechi di guerra.

Il prof. Denti di Milano ha preso l'iniziativa di una sottoscrizione pro casa di lavoro per i ciechi di guerra. La sottoscrizione, che procede attivamente, ha raggiunto la somma 359,000 lire.

Per i figli ammalati dei nostri combattenti.

Per iniziativa del Ministro dell'Interno, on. Orlando, le Colonie marine e climatiche accoglieranno, d'ora in poi, un gran numero di bambini infermi, con speciale considerazione per i figli dei nostri soldati.

Gli organi che sono alla dipendenza del Ministero si adopreranno per la raccolta dei fondi necessari, da versarsi alle opere di Assistenza civile.

Allo stesso scopo la *Tribuna* ha aperto una sottoscrizione.

La Croce Rossa Americana ha recentemente offerto la somma di lire 200,000 per la fondazione di un Convitto per fanciulli gracili figli di militari ovvero orfani di guerra, impegnandosi inoltre al suo funzionamento per un anno e affidandolo all'Associazione «Per la Scuola» di Milano.

Il Convitto sorgerà presso la fiorente Scuola all'aperto, fondata dalla detta Associazione a Niguarda presso Milano.

Per l'accettazione dei bambini malati negli ospedali di Roma.

Sono andate in vigore le nuove convenzioni stipulate fra l'Amministrazione degli Ospedali riuniti, la Congregazione di carità e l'Ospedale del Bambino Gesù per dare un nuovo assetto al servizio della spedalità infantile in Roma. Per effetto di tali convenzioni l'Ospedale del Bambino Gesù non accoglierà direttamente i malati se non in casi di assoluta urgenza. I bambini infermi dovranno essere presentati per l'accettazione nei casi di malattie contagiose al Policlinico, nei casi di tubercolosi polmonare all'Ospizio Umberto I e in tutti gli altri casi all'Ospedale di S. Spirito.

L'Amministrazione ospitaliera provvederà poi a trasferire i bambini malati all'Ospedale del Bambino Gesù, secondo i criteri che sono stati stabiliti per coordinare il servizio.

L'Associazione milanese contro la tubercolosi.

L'Associazione milanese per la difesa contro la tubercolosi, che col Dispensario cittadino comunale di via Statuto è organo esecutivo dell'Assistenza riformati tubercolosi di guerra, ha recentemente completata la Commissione per il nuovo Dispensario antitubercolare, ampliato per l'assistenza di detti riformati, chiamandovi a far parte personalità tecniche cittadine nel campo della tubercolosi. Detta Commissione rimane così formata: Denti comm. prof. Francesco, Mangiagalli sen. prof. Luigi, Mira on. avv. Francesco, Banfi ing. cav. Giuseppe, Ronzoni prof. dott. Gaetano, Ferrari dott. Pietro, Villa dott. Luigi, Forlanini dott. Giuseppe, Gatti dott. comm. Francesco, Cattaneo prof. comm. Cesare, Salvini dott. Guido; Maroder rag. cav. Raffaele, segretario.

Sanatorio antitubercolare di Napoli.

La Deputazione provinciale di Napoli ha deliberato di versare al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana la cifra di lire 50,000 quale suo contributo alla costruzione del Sanatorio antitubercolare che sorgerà nel tenimento amministrativo della Provincia di Napoli, sulla collina di S. Gennaro presso Pozzuoli.

Assoluzione di un maggiore medico.

Il Tribunale militare di Palermo ha assolto il maggiore medico della R. Marina dott. Pietro Campo, imputato di abuso di autorità con vie di fatto contro un soldato.

Con il prof. CARLO FORLANINI, ordinario di clinica medica a Pavia, dilegua uno dei più fulgidi astri della medicina italiana. Il suo nome rimarrà associato indelebilmente al pneumotorace terapeutico, da lui ideato ed attuato.

Del grande clinico scomparso renderà la complessa figura il suo valente allievo, prof. Eugenio Morelli, nel prossimo fascicolo.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.
(24)

Anno XXV. Roma, 9 giugno 1918 Fasc. 23.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

EDITORE: PROF. ENRICO MORELLI

UFFICI DI REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Via Sistina, N. 14 - ROMA

ABBONAMENTI ANNUI:

Per l'Italia: Alla Sezione Pratica L. **15** — Alle Sezioni Medica e Pratica L. **20** — Alle Sezioni Chirurgica e Pratica L. **20** — Alle Sezioni Medica, Chirurgica e Pratica L. **25**.

Per l'Unione Postale: Alla Sezione Pratica Fr. **20** oro — Alle Sezioni Medica e Pratica Fr. **30** oro. — Alle Sezioni Chirurgica e Pratica Fr. **30** oro — Alle Sez. Medica, Chirurgica e Pratica Fr. **35** oro

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Nuove vedute sulla terapia specifica delle malattie protozoarie.

(Nota preventiva a proposito della chinino-resistenza dei parassiti malarici).

Prof. TOMMASO PONTANO, docente di patologia nella R. Università di Roma.

Lo studio, in particolari condizioni, per oltre un anno, di una epidemia di malaria, mi ha offerto l'occasione per rilievi, che possono avere una pratica immediata utilità, e per sollevare un importante problema, d'ordine generale, sull'azione dei medicamenti chemotropici.

L'epidemia studiata è quella svoltasi fra le nostre truppe in Macedonia: i casi sono stati osservati e seguiti nell'ospedale 0151, dove, per mio consiglio, sono stati accentrati i malarici per l'accertamento e per la cura

Per ben intendere il valore delle constatazioni, premetterò: 1° che le truppe erano assoggettate a profilassi chimica di 0,60 grammi di chinina al giorno; 2° che i sospetti malarici, sia primitivi che recidivi, erano sempre accertati microscopicamente; 3° che la cura consisteva (salvo casi eccezionali) nella somministrazione per bocca di 2 grammi di chinina al giorno per tre settimane con tre o quattro giorni di risposo fra una settimana e l'altra.

Ho potuto osservare che, in un numero molto esiguo, la cura per bocca non era capace di interrompere quella febbre, in preda alla quale

i malati erano entrati nell'ospedale; che in una percentuale del 10-11 % la malaria recidivava durante la cura, ostinatamente.

Il sospetto che le recidive, durante la cura, fossero episodi febbrili di altra natura ed origine è stato eliminato con l'esame del sangue su preparati colorati (Romanowski-Leishman); il sospetto che i malati ingannassero il personale d'assistenza e non ingerissero tutto il medicamento è svanito con la somministrazione, personalmente sorvegliata, di dosi curative di chinina in polvere con ostia, da un grammo ciascuna; ho potuto escludere che il fatto fosse in rapporto col mancato assorbimento con la ricerca del chinino nelle urine e col somministrare il chinino in polvere o in tabloidi previamente pestati, con l'osservazione accurata delle condizioni gastrointestinali; ho potuto infine seguire questi pazienti, che recidivavano, o che resistevano fin dai primi giorni alla nostra terapia, nello svolgimento di parecchi accessi (3-4...) mentre si propinava la chinina, ed ho quotidianamente constatato parassiti asessuati in circolo che si sviluppavano e regolarmente, ad orario, davano l'accesso febbrile.

Tali rilievi sulla limitata efficacia della cura in alcuni casi già erano stati fatti anche da altri medici italiani ed alleati, sì da far pensare a molti di essi che la Macedonia fosse la sede d'una malaria particolarmente grave, a tipo tropicale (malaria macedone), contro la quale spesso falliva il rimedio eroico, la chinina. In meno di un anno sono stati versati fiumi d'inchiostro, per trovare formole e preparati adatti, ed il cervello dei critici si è arrovellato per dimostrare che la chinina non è un vero rimedio chemotropico, e che la cura generale, la dieta, l'aria divengono importanti quanto se non più della chinina nella terapia della malaria.

Ed in verità la constatazione, confortata dall'esame microscopico, che permetteva di seguire tipici accessi febbrili e generazioni di *plasmodium* svolgentisi e riproducentisi, quando il soggetto era assoggettato all'azione di due grammi di chinina al giorno, non era consona alle conoscenze ordinarie sulla malaria, quali lunghi anni di pratica ospedaliera avevano consolidato e che insegnava che la malaria chinino-resistente è una rarità. Ma contro l'opinione d'una nuova specie di malaria stavano i fatti: solo il 10-11 % dei malarici in cura si mostrava resistente alla chinina per bocca; non raramente la malaria più benigna, data dal *plasmodium vivax*, mostrava refrattarietà alla terapia specifica intensa; qualche volta forme resistentissime erano state contratte a Taranto o a Brindisi; per tali argomenti si potevano senz'altro rifiutare i dubbi e le ipotesi di tal genere.

Utili rilievi erano invece i seguenti:

1° *Profilassi chimica.* — Le particolari condizioni di vita, alle quali era stato assoggettato dalle necessità di guerra il soldato, limitato l'uso degli altri mezzi di profilassi, ci avevano obbligati a diffondere e intensificare fra le nostre truppe e fra le truppe alleate la profilassi chimica. Questa consisteva nel nostro corpo di spedizione, nella somministrazione di 60 centigrammi di chinina al giorno dal mese di aprile alla fine di novembre. Non è per ora opportuno che io qui accenni ai resultati ottenuti dal metodo; dirò solo, per chiarire le conseguenze, che anche la profilassi chininica, a malgrado degli ordini e delle disposizioni, non ha mai potuto raggiungere costanza e perfezione. Necessità militari (vita di trincea, *corvées*) spesso ostacolavano la quotidiana ingestione di questo antipasto antimalarico, quando non intervenivano, come non raramente, coefficienti individuali, quali lo scetticismo o un negativismo ostinato o condizioni fisiche, come stati di malessere, frequenti disturbi intestinali. Ad impedire infine l'ingestione della chinina o a limitarne notevolmente l'assorbimento contribuì l'epidemia di dissenteria, che per due anni consecutivi ha preceduto in Macedonia in forma assai diffusa di un mese lo scoppio dell'epidemia malarica.

2° *Falsi primitivi.* — Nelle storie dei malarici, resistenti alla chinina, si trova una prima particolarità: spesso tali malati al reggimento avevano avuto accessi violenti di febbre, dal medico del corpo trattati col purgante e con due o tre dosi generose di chinina; cessata la febbre era continuata la profilassi ordinaria, finalmente era scoppiata la febbre, che aveva resistito a dosi generose di chinina.

3° *Malaria latente.* — Tale gruppo era costituito da malati, denunziati all'ufficio di profilassi da me diretto, come primitivi. Senonchè l'esame clinico, che metteva in rilievo grosso tumore di milza, era in stridente contrasto con il dato anamnestico accuratamente raccolto, che negava accessi febbrili e non ricordava residenza in passato in zone malariche. L'antagonismo tra i dati clinici obbiettivi e la storia del malato, vagliati al lume dell'esperienza, faceva concludere che anche in tali malarici, falsi primitivi, la infezione malarica era insorta durante la profilassi irregolare subdolamente molti mesi prima, che aveva taciuto come forma clinica febbrile, e poi aveva esploso, quando l'infezione malarica aveva già prodotto danni considerevoli sull'organismo, e peculiari negli organi che sono indice dell'infe-

zione: milza e fegato. Tra questi malati spesso si incontravano i chinino-resistenti.

4° *Recidivi chinino-resistenti.* — Un ultimo gruppo è costituito da malati nei quali una prima volta la terapia chininica avea rapidamente vinto l'infezione. Guariti clinicamente e tornati al corpo, erano stati assoggettati alla profilassi; rientrati nell'ospedale, per recidiva (il controllo microscopico rivelava la stessa forma di parassita), questa volta i mezzi comuni, ossia la chinina propinata per via boccale, non riuscivano a vincere l'infezione.

***

Eliminato il sospetto che i malarici ricorressero a sotterfugi per sottrarsi alla cura, controllato sempre microscopicamente l'agente dell'accesso febbrile (preparato colorato), noi ci siamo domandati *per quale ragione, in un certo numero di determinati malarici, le dosi curative*, d'ordinario sufficienti, *non rispondevano all'aspettativa* e talora sullo stesso individuo in cui in altra occasione avevano dato ottima prova; ci siamo proposti *il problema della terapia di tali forme.*

***

L'esistenza di parassiti asessuati chinino-resistenti non può più essere messa in dubbio da alcuno: erano da tempo conosciuti i gameti, come forme chinino-resistenti, per sè: sono citate come rare le forme asessuate febbrigene resistenti al chinino. Queste ultime hanno richiamato la mia attenzione: ho potuto seguire generazioni sporulanti di *plasmodium vivax* per parecchi giorni, mentre il malato ingeriva ed assorbiva due grammi di idroclorato di chinina. I malati osservati erano senza eccezione o primitivi profilassati o malarici mal curati, o pseudo-primitivi anche essi profilassati o recidivi.

Non uno dei soggetti era nuovo al rimedio. Dopo le ricerche di Ehrlich, sulla resistenza artificialmente conferita ai tripanosomi, è accettata l'opinione che i parassiti malarici possano selezionarsi e dare stipiti chinino-resistenti della forma asessuata, sotto l'influenza di piccole ripetute dosi del rimedio: nei malati osservati l'esperimento, se pur non guidato dalle norme di laboratorio, aveva però mantenuto le note principali: piccole dosi di chinina, o dosi curative somministrate irregolarmente, non erano riuscite ad impedire che l'infezione si impiantasse o a sterilizzare l'organismo, sicchè poi essa poteva svolgersi latentemente, mentre il parassita si abituava all'ambiente acquistando resistenza al rimedio specifico. Le particolari condizioni di vita dei soldati e della profilassi generalizzata avevano permesso che la cifra salisse insolitamente ad alte percentuali.

Se l'interpretazione dei fatti non trovava grandi difficoltà, il problema terapeutico si presentava arduo e pieno di asperità e d'incertezze. Si poteva: *a*) ricorrere a succedanei della chinina; *b*) elevare le dosi del rimedio; *c*) tentarne una forma diversa.

L'esperienza del passato non incoraggiava a sperimentare i surrogati della chinina; tutti si sono mostrati infidi, e perfino il salvarsan, che ha avuto elogi esagerati, è di scarsa efficacia e di transitoria azione.

Elevando la dose del rimedio si entrava nei limiti tossici e si urtava contro la tollerabilità gastrica.

Si poteva tentare una forma diversa del rimedio, incoraggiati dalle esperienze di Morgenroth, il quale ha dimostrato che nella struttura molecolare, oltre che nell'alcaloide, risiedono le proprietà parassiticide: se pure in altre mie esperienze sulla profilassi delle recidive malariche (*Atti della Società per gli studi della malaria*, anno 1913) saggiando il diidrochinino idroclorico io avevo trovato che tale preparato non era efficace contro le forme di parassiti per sè resistenti alla chinina (semilune), non negavo il punto fondamentale delle esperienze di Morgenroth che avevano un esatto controllo sperimentale; esse avrebbero anzi trovato un esatto controllo clinico nei miei malati; ma per ragioni, facili ad immaginare, io non avevo a mia disposizione che i comuni sali di chinina, quelli stessi che erano stati adoperati e a scopo profilattico e a scopo curativo. In mancanza di preparati adatti allo scopo, i miei tentativi cominciarono sotto altra direttiva.

Noi abbiamo trovato che nei malati, resistenti a ripetute dosi di chinina (due grammi al giorno), bastava cambiare la via di somministrazione, e *la chinina ridiventava il rimedio eroico della malattia.* E si noti: poche dosi curative, purchè *somministrate per via diversa*, erano sufficienti a vincere quella malaria, che generose quantità di rimedio non erano state capaci di modificare neppure di una linea, se somministrate per bocca, ripetutamente.

Le ordinarie iniezioni sottocutanee, intramuscolari, in numerosi casi, alla dose di uno o due grammi *pro die*, hanno vinto, fin dalle prime iniezioni, malarie chinino-resistenti, ed hanno bruscamente arrestato accessi febbrili insorti dopo il 7°-21° giorno di cura (dopo, cioè, 14-28 gr. di chinina per bocca), facendo scomparire febbre e parassiti dal circolo. In quattro casi con una sola iniezione endovenosa di dosi da 30 a 50 cgr. sono riuscito a troncare gli

accessi, resistenti al rimedio per bocca, e a sterilizzare il sangue periferico del malato, per un mese, durante il quale è durata l'osservazione.

Tali resultati, frutto di esperienza scrupolosa, non sono di facile interpretazione, come a prima vista potrebbe sembrare.

L'opinione, diffusa tra i medici, che la chinina, per via intramuscolare o per via endovenosa, sia più efficace, segue un concetto, dominante in terapia, che attribuisce ai medicamenti specifici, somministrati per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa, un'azione più intensa che non se propinati per via gastro-intestinale. Il concetto può essere nel vero per casi particolari e quando si paragonino dosi di un medicamento di cui l'assorbimento incontri ostacoli in una delle vie di somministrazione.

Per la chinina precise nozioni di farmacologia insegnano che in soggetti, con intestino sano, l'assorbimento è completo, e che nelle feci non si trovano che piccole quantità, in trascurabili proporzioni, non solo, ma che la chinina per bocca rapidamente si assorbe (immediati fenomeni tossici, eliminazione per l'urina) e in meno di 5-6 ore raggiunge la carica massima nell'organismo. V'ha anzi chi, a proposito della chinina, sostiene che essa sia meno assorbibile per via intramuscolare e sottocutanea che non per via gastrica.

Si aggiunga che per i malarici ordinari, nuovi al rimedio, sono stabilite le dosi curative: due grammi in media per bocca, 1 gr. ½-2 grammi per iniezioni, 1 gr. per via endovenosa: orbene, in soggetti nei quali ripetute dosi curative per bocca non erano efficaci a troncare la febbre e ad aver ragione dei parassiti, poche dosi curative, per altra via, sospendevano gli accessi.

Così due iniezioni di 1 grammo di chinina sono state sufficienti ad arrestare febbri che avevano resistito a 14 grammi, somministrati per bocca in sette giorni; grammi 0.30-0.50 per via endovenosa hanno avuto effetto immediato su infezioni che avevano resistito a 10 grammi per bocca in cinque giorni.

Con ogni verosimiglianza in questi casi la *mutata via d'introduzione conferisce una efficacia diversa, e ripristina il potere chemotropico affievolito del rimedio.*

***

La chinina è medicamento chemoterapico per eccellenza; i protozoi malarici, sui quali essa specificamente agisce, possono scomparire in totalità e l'infezione può guarire, in seguito ad una prima aggressione terapeutica intensa; l'esperienza ha insegnato ai medici che la cura dei malarici in generale non deve essere continua, ma discontinua e ripetuta dopo tregue da riposo; deve essere di dosi massive e non di piccole dosi, perchè solo così si può vincere il carattere ostinato della recidività, legato all'infezione malarica.

Le ricerche chemoterapiche sperimentali sui protozoi hanno trovato la ragione di questi precetti clinici nell'adattamento dei protozoi ai medicamenti chemotropici. Tale adattamento segue la legge generale fisiologica per cui ogni organismo animale, sottoposto a condizioni di vita modificate, può adattarsi interamente al cambiamento di mezzo, purchè il passaggio dal primo al secondo mezzo si effettui gradualmente; nella malaria, nella sifilide si evita la comparsa di forme resistenti solo se le prime dosi usate saranno massive, o, quando residuino forme resistenti, con l'istituire una cura discontinua, con dosi anche esse massive e con periodi di tregua.

Prodottosi però un completo adattamento dei parassiti asessuati nella malaria, esso è, secondo quanto Ehrlich ha stabilito, *limitato alla forma e alla dose del preparato;* esagerando quindi nella quantità, o mutando forma al preparato, si può combattere ancora con successo contro gli agenti della infezione, divenuti resistenti.

Morgenroth afferma in più che *è sufficiente mutare composizione molecolare* alla chinina per renderla attiva contro protozoi (tripanosomi) per i quali non aveva efficacia alcuna sotto altra forma: siamo indotti a pensare dallo studio dei fatti clinici esposti, *che la chinina, se è introdotta nell'organismo per via boccale, o intramuscolare, o endovenosa, giunga sotto composizione molecolare sempre differente per ciascuna via, che agisca su parassiti che per essa hanno avidità,* i quali però si comportano come elementi nuovi per ogni nuova composizione del nucleo tossico.

La farmacologia è ricca di esempi che dimostrano la influenza delle vie di somministrazione nel modificare parzialmente o fondamentalmente l'azione di una sostanza chimica; in essa troviamo esempi (curaro, ofiotossina) di sostanze che perdono le loro proprietà verso determinati tessuti, solo che si muti la via di somministrazione, dalla sottocutanea alla endovenosa; il mutamento nell'azione ha il fondamento nella gamma infinita delle alterazioni o metamorfosi che la sostanza chimica subisce a contatto coi complicati laboratorî gastrointestinali e con i complicati processi del nostro ricambio.

La chinina in effetto, propinata per bocca, trova un vero laboratorio di chimica nel succo

gastrico ed intestinale (trasformazione in bicloridrato solubilissimo, precipitazione di idrati di chinina a loro volta solubili in soluzioni albuminose, trasformazione in taurocolato e glicocolato di chinina, solubile in eccesso di bile; la chinina è assoggettata alle influenze ancora oscure del succo pancreatico, dell'anidride carbonica, dell'idrogeno solforato, deve attraversare le mucose gastro-intestinali, che sono filtri selezionatori, e la glandula epatica, sede di complesse ed in parte ancora oscure azioni sui medicamenti che l'attraversano).

Per via sottocutanea ed intramuscolare la chinina subisce mutamenti essenzialmente differenti: non assoggettata all'azione dei succhi, della mucosa selezionatrice, del fegato, penetra nei liquidi organici, precipita in miscele colloidali, si scioglie successivamente, si assorbe per i linfatici e coi succhi linfatici.

Per via intravenosa infine, rapidamente diluita, e combinata cogli elementi costituenti il siero e la parte corpuscolare, è trasportata in tale forma istantaneamente a contatto coi centri nervosi, coi tessuti, coi parassiti.

Se lo stato molecolare muta, in tale mutamento è con ogni probabilità il *fondamento dell'azione diversa, finora interpretata come efficacia maggiore.* Se la chinina in quantità di gran lunga inferiore riprende il suo carattere di rimedio chemotropico perduto, col solo mutamento della via di introduzione, vuol dire che forma chimica e composizione molecolare mutano a tal segno da trovare i parassiti, divenuti resistenti, come nuovi al rimedio.

Si è autorizzati a sospettare che nello adattamento alla chinina il protozoo si fornisca di *chemocettori di difesa specifici solo per la determinata forma e composizione molecolare del rimedio;* si possono vincere i ricettori poco avidi saturandoli, oppure bisogna introdurre *una combinazione diversa, sì da trovare nuovi chemocettori come via aperta contro il parassita.*

I ricettori di difesa restano inutili per un nuovo nucleo tossico, prodottosi nel mutamento della composizione chimica, che il farmaco ha subito.

In una malattia, che tante affinità ha con la malaria, noi troviamo un fatto analogo e dimostrativo per la nostra tesi; chi ha esperienza di malati ha avuto sicuramente occasione di vedere malati di sifilide, con manifestazioni resistenti alle iniezioni di forti dosi di calomelano, guarire rapidamente dopo le prime cure di frizioni, e talora perfino manifestazioni resistenti ai sali solubili ed insolubili, scomparire dopo poche quantità di liquore di Van Swieten. Forse che la via boccale o la via cutanea sono più efficaci della via sottocutanea ed intramuscolare? Non è qui il nodo della questione: parassiti resistenti al mercurio inoculato, si trovano nuovi al rimedio, che, per la strada mutata di penetrazione, ha acquistato *forma* e *proprietà* diverse.

Il fatto non è raro e la fede di qualche osservatore (neuropatologi) nella efficacia maggiore delle frizioni è basata su reali successi ottenuti in soggetti nei quali le prolungate e comuni cure di sali insolubili per via intramuscolare e sottocutanea non davano più utili resultati.

CONCLUSIONE. — I fatti osservati, incontestabili, portano ad una conclusione d'ordine generale: *Nelle malattie protozoarie, stipiti, resistenti al rimedio specifico, quando questo sia stato somministrato sempre per la medesima via, soccombono al rimedio stesso, purchè la via d'introduzione sia mutata; probabilmente la ragione è nella resistenza dei parassiti, strettamente specifica, e nella composizione molecolare del rimedio mutevole a seconda della via d'introduzione.*

***

Il valore pratico di tale conclusione, agli scopi della cura e della profilassi delle recidive, ci sembra di una certa importanza: alle note proprietà della cura contro i protozoi (*discontinua e intensa*) bisogna aggiungere anche la terza: *introduzione del rimedio per vie differenti.* I fatti sui malati sono accertati, sono in corso delle esperienze che ci dicono se giustò è il punto di vista che ha inspirato questa nota preventiva, che afferma:

1° Nei malati di malaria che sono stati profilassati e sempre curati con chinino per via boccale, quando la forma di malaria sia divenuta chinino-resistente, anzichè aumentare le dosi per via orale, *basta mutare la via di somministrazione,* per vincere l'episodio dell'infezione con poche dosi curative;

2° L'eventualità che dei ceppi febbrigeni chinino-resistenti sfuggano e si abituino al rimedio, somministrato sempre per la stessa via, pone il quesito al medico se non sia opportuno, nei vari cicli di cura della malaria, di servirsi sistematicamente delle diverse vie d'introduzione per vincere definitivamente la malattia;

3° A tutte le malattie protozoarie, curabili con rimedî chemotropici, può estendersi tale concetto generale: la resistenza acquisita dei parassiti strettamente specifica e il mutamento della composizione molecolare che segue al mutamento della via di somministrazione ne sono il fondamento.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CHIRURGICO DA GUERRA N. 24. - C. R. I.

Sopra una splenectomia per ferita dell'ilo con necrosi della milza, trombosi intraparenchimale diffusa ed extraperitonealizzazione per ematoma perisplenico

per il prof. IGNAZIO SCALONE,
Maggiore medico, direttore.

Credo utile pubblicare questa affrettata osservazione di chirurgia di guerra perchè l'intervento praticato sulla milza per ferita d'arma da fuoco ebbe luogo in condizioni anatomiche che eccezionalmente si avverano per tali lesioni e perchè l'intervento, praticato a tempo opportuno, fu coronato da successo malgrado che il programma stabilito prima dell'atto operativo non fosse stato quello che fu necessità abbracciare *seduta stante;* infine perchè il caso è importante per conoscere dove la emorragia si espande in una ferita della milza ed illustra i fattori per una emostasi spontanea.

Storia clinica. — Soldato M... P..., ferito nelle vicinanze del S. Marco. Viene ricoverato nel mio ospedale dopo dodici giorni dal ferimento durante i quali fu trattenuto in un ospedaletto di prima linea.

Dalle notizie trascritte nella cartella clinica si deduce che il ferito fu colpito da pallottola di shrapnell con forame d'entrata in corrispondenza del 10° spazio intercostale di sinistra, linea ascellare posteriore, senza forame di uscita. Le condizioni generali dei primi giorni furono gravi, a quanto pare, per emorragia interna: non vi furono fenomeni peritoneali, assenza di vomito e l'alvo si mantenne sempre pervio. Fu mantenuto per cinque giorni a dieta assoluta e gli furono somministrati eccitanti cardiaci e nei primi giorni due o tre volte la ipodermoclisi.

Nei giorni consecutivi il ferito migliorò gradatamente; *tre giorni prima di essere dimesso comparve una elevazione termica* (37°,8-38°,2) *più spiccata alla sera e sempre preceduta da brividi leggieri di freddo.*

Esame obiettivo. — Alla prima osservazione fatta da me, noto: al posto del forame d'entrata del proiettile una crosta ematica che chiude completamente la ferita in via di guarigione senza suppurazione; l'infermo ha una nutrizione alquanto scaduta, leggero aumento del respiro, temperatura 38°, pulsazioni da 95 a 100 al m.; si lamenta di dolori e di senso di fastidio in corrispondenza della sede della ferita diffuso a tutto l'ipocondrio sinistro. Il dolore è più spiccato coi movimenti respiratori ed è risentito alla sede sudetta mercè la presssione profonda lungo il margine costale e gli ultimi spazi intercostali. Alla palpazione si nota una tumefazione non bene delimitabile che dall'arcata costale si diffonde anteriormente verso la regione gastrica e inferiormente e posteriormente verso la regione del fianco. Con la percussione si ha ottusità in tutto il quadrante toracico corrispondente all'aia splenica diffusa, con intensità sempre minore, alla zona di resistenza notata alla palpazione. Con la ascoltazione si notano piccoli rantoli vaganti e diffusi specialmente alle due basi del pulmone; non si hanno segni semiologici di versamento pleurico.

Fuori della zona occupata dalla tumefazione sudetta, non si riscontrano modificazioni nè alterazioni a carico dell'addome il quale è cedevole, non dolente, a sonorità normale.

Il ferito è stato sempre mantenuto a dieta tenue e le funzioni intestinali hanno avuto decorso normale.

Nulla a carico dei reni e della vescica.

Esame radioscopico. — Reperto negativo in corrispondenza del forame d'entrata della ferita; pallottola addominale in direzione della regione paraombelicale di sinistra ed in alto.

Il ferito viene tenuto in accurata osservazione: giornalmente ci si rende conto delle modificazioni della tumefazione esistente all'ipocondrio e al fianco di sinistra e si segue l'andamento della febbre che viene messa in rapporto con un probabile processo suppurativo profondo. La tumufazione non subiva che una più netta delimitazione nel suo segmento inferiore ed una riduzione di volume appena apprezzabile; in alto il confine rimaneva invariato; persistente era il dolore alla pressione verso gli ultimi due spazi intercostali e al disotto del bordo costale sinistro lungo la linea ascellare anteriore con irradiazione in avanti verso l'epigastrio ed in basso verso la regione paraombelicale. L'infermo continuava a lamentarsi del fastidio alla respirazione nel senso che non gli era possibile la inspirazione profonda senza dolore e senza difficoltà, di guisa che essa era compiuta a tratti sempre più difficili e dolorosi.

La temperatura si manteneva febbrile, in media 37°,5 al mattino e 38°,5 alla sera; durante il rialzo termico serale il ferito accusava raffreddamento ai piedi, alle ginocchia e al dorso; mancava un vero brivido.

La temperatura febbrile, un certo senso di anoressia, la deficiente nutrizione avevano provocato una denutrizione dell'organismo le cui forze però si conservavano abbastanza bene data la costituzione di un robusto soldato alpino.

Prima di addivenire ad un atto operativo, furono praticate tre punture esplorative in giorni differenti. La prima puntura fu praticata sotto il bordo costale fra la ascellare media e posteriore; la seconda un po' più anteriormente, la terza al 10° spazio intercostale, tutte in corrispondenza delle zone di maggiore dolorabilità alla pressione e di suono ottuso alla percussione: il risultato fu negativo dal punto di vista della suppurazione; da tutte e tre le punture fu ricavato sangue a carattere venoso con tinta bleu molto intensa quasi nerastra. Per mancanza di mezzi di ricerca, non fu potuto fare alcun esame microscopico e batteriologico.

Diagnosi. — Malgrado il risultato negativo delle tre punture esplorative, fu fatta diagnosi di infiammazione suppurativa profonda a carico di un focolaio ematico che la sede della ferita e l'esame semiologico mettevano a carico

dell'aia splenica essendosi escluso il rene e il colon per mancanza di risultanze cliniche a carico di questi due organi.

Date le condizioni sempre più decadenti della nutrizione e della resistenza dell'organismo, data sopratutto la persistenza della temperatura, fu deciso l'intervento col programma di andare alla ricerca del sospettato focolaio suppurativo.

Operazione (al 28° giorno dal ferimen[illegible] e al 15° giorno di degenza nel mio ospedale) — Narcosi morfino-cloroformica; sterilizz[illegible]ne della cute alla Grössich.

Si pratica una incisione cutane[illegible] [illegible]eggermente curva in avanti che dal bordo [illegible]tale, lungo la linea ascellare media, scende [illegible] basso verso la cresta iliaca. Incisa la aponeu[illegible]i di Cooper non mi fu facile riconoscere la [illegible]rosa peritoneale la quale si presenta di [illegible]lorito fosco, ispessita, affatto cedevole, con [illegible]sistenza sottostante notevole che fu giudic[illegible]a dovuta ad aderenze per un processo flogis[illegible]ico delle vicinanze. Prima di procedere oltre, praticai altre due punture esplorative con g[illegible]osso ago e la sensazione avuta fu quella di uno strato resistente superficiale che l'ago perforava con minore facilità al di là del quale si cadeva in una zona di resistenza minore. Come nelle altre praticate precedentemente, si ebbe fuoruscita di sangue nerastro. Con prudenza andai avanti e, dopo avere incisa la sierosa peritoneale mi capitò sotto mano un tessuto a lamine nerastre e friabili che furono subito riconosciute essere delle stratificazioni fibrinose per pregressa emorragia. Scollate tali stratificazioni per via ottusa e col polpastrello del dito, arrivai immediatamente sulla superficie liscia della faccia esterna della milza contro la quale le suddette stratificazioni erano accollate, però molto lassatamente tanto che fu facile rendermi conto dello stato dell'organo. Questo era molto ingrossato, sporgeva dall'arco costale per i 2/3 dell'altezza ed il polo superiore si raggiungeva facilmente penetrando con le quattro dita della sinistra sotto l'arco costale: meno distinta era la conformazione dell'organo dal lato del margine interno ed in corrispondenza dell'ilo dove le stratificazioni erano più spesse la resistenza maggiore e non era possibile identificare la presenza del picciuolo, giacchè le stratificazioni erano a ridosso della faccia interna.

Nè dalla parte dell'ilo nè dalla parte del polo inferiore trovai alcuna scontinuazione per la quale vi fosse comunicazione con la cavità peritoneale di guisa che la milza era situata in una loggia completa la cui parete, formata dalla cotenna di stratificazioni fibrinose in via di organizzazione, la isolava completamente dalla cavità peritoneale.

L'organo, come ho detto, era molto ingrossato di volume in tutta la sua estensione, di colorito nero-piceo, di consistenza diminuita: l'esame praticato sul campo operatorio non lasciò vedere alcuna ferita che interessasse il parenchima; tutto faceva sospettare invece una lesione in corrispondenza dell'ilo dove la ricerca accurata del proiettile risultò negativa; non era prudente tentare una ricerca più a fondo.

Dato lo stato di necrosi della milza e la considerazione dei pericoli cui si poteva andare incontro dal punto di vista delle sepsi col lasciare in sito l'organo già mortificato senza alcun benefizio funzionale dalla parte di questo, mi decisi per l'asportazione.

Per potere governare meglio il polo superiore e la emostasi della parte superiore dell'ilo, resecai per 7 cm. la 10ª costola nel segmento di unione fra cartilagine ed osso. Dopo avere liberato completamente l'organo dalle stratificazioni circostanti, dalle cui manovre non si provocava che pochissima fuoruscita di sangue, sulla guida delle dita e tirando leggermente sul picciuolo, asportai la milza tagliando a ridosso del parenchima del margine interno dopo avere applicato più in là cinque lunghe pinze e quasi in vicinanza del parenchima medesimo giacchè mancava un vero e proprio picciuolo. Le pinze furono bene legate e lasciate in permanenza; la incisione operatoria fu alquanto ristretta ai due estremi, la cavità fu zaffata attorno e a ridosso delle pinze con garza sterile impolverata di iodoformio sterilizzato.

Diario postoperatorio. — Immediatamente dopo l'operazione furono iniettati circa 300 cmc. di soluzione fisiologica; durante la giornata furono praticate due iniezioni di olio canforato e una di caffeina. In complesso l'intervento fu sopportato benissimo ed eccetto un vomito persistente durato tutto il tempo di azione del cloroformio, il ferito non ebbe alcun disturbo.

La sera dell'operazione la temperatura salì a 39°,2; il mattino seguente era 38°; la temperatura febbrile durò per circa quindici giorni ancora gradatamente decrescente; dopo quattro giorni di apiressia, la febbre ricomparve per altri sei giorni ancora attorno ai 37°,8 al mattino, e 38°,5 la sera finchè scomparve completamente.

Dopo 48 ore dall'operazione tolsi le pinze e medicai ogni due giorni il cavo con garza all'iodoformio previa irrigazione con soluzione ipertonica. Dopo un lungo periodo di eliminazione di detritus, la cavità si colmò piuttosto rapidamente di buone granulazioni e, prima di essere completamente guarito, l'infermo fu traslocato in altro ospedale.

Le condizioni generali erano rifiorite di molto; consecutivamente non ho avuto alcuna notizia sugli esiti definitivi.

Esame anatomico della milza. — Volume della testa di un feto a termine, colorito neropiceo, consistenza molto diminuita, quasi spappolabile. Non si osserva alcuna soluzione di continuo; l'esame dell'ilo non lascia riconoscere chiaramente i vasi.

Per uno studio più accurato si seziona l'organo in tutte le direzioni; molti pezzetti dei varii segmenti sono fissati ed induriti in soluzione di formolo al 10 %; in tal modo si possono meglio esaminare le alterazioni macroscopiche le quali sono uguali per tutto l'organo.

La capsula è fortemente distesa, liscia e regolare; quà e là si vede qualche blocchetto grigiastro residuo di fibrina dovuto al notevole stravaso sanguigno perisplenico e facilmente staccabile dalla capsula lasciando su questa una leggera impronta. Al di sotto della capsula spiccano dei punticini biancastri dovuti a follicoli ingrossati e degenerati. Non è più riconoscibile la struttura macroscopica del tessuto splenico normale il quale si mostra addensato

verso la periferia sì da formare una evidentissima zona marginale a guisa di sostanza corticale compatta mentre tutto il resto è occupato da un grandissimo numero di cavità piccole e grandi fino alla dimensione di una grossa lenticchia le quali si riconoscono subito per cavità lacunari sanguigne enormemente dilatate. La presenza di dette cavità è però un prodotto artificiale secondario alle manovre di preparazione in quanto che esse hanno origine dal distacco e dalla fuoruscita da esse di altrettanti coaguli più o meno consistenti fino a prendere l'aspetto di veri e proprii trombi rossi. Infatti, facendo dei tagli dove la evoluzione della trombosi è più evoluta, non si notano cavità lacunari bensì la sezione di numerosissimi blocchetti rotondi, ovalari, allungati, irregolari che tappano completamente la superficie di sezione delle suddette cavità. Nelle lacune più piccole e nei vasi venosi di minor calibro, i blocchetti di trombo sono fortemente attaccati alla parete, in quelle più grandi si vede già iniziato il lavorìo di organizzazione verso gli strati periferici i quali hanno colorito grigiastro e sono più fortemente attaccati alla parete mentre nelle zone centrali prevale il colorito rosso-nerastro e la materia è friabile e facile a dissolversi nelle varie manovre.

Quantunque l'aspetto policistico o spugnoso si osserva a preferenza ad una certa distanza dalla capsula e sopratutto nel segmento centrale dell'organo, troviamo delle grosse lacune, a guisa di ampie cisti, che occupano il tessuto sottocapsulare e talvolta numerosissime.

Esame istologico. — I pezzetti fissati in formolo furono colorati dopo molto tempo dell'intervento con ematossilina ed eosina e con la triplice colorazione del v. Gieson.

Tralascio di descrivere tutto ciò che è dettaglio inutile.

In qualunque zona l'organo presenta i caratteri istologici di una necrosi massiva avanzata. La capsula è leggermente ispessita ed in essa manca qualunque accenno di stravasi sanguigni. Al di sotto della capsula e per tutto il resto del parenchima le cellule linfoidi sono cadute in necrosi; il loro nucleo non è più colorabile e tutto il corpo cellulare, molto sbiadito, è tinto leggermente ed uniformemente in roseo dall'eosina. Qua e là, molto ridotti di numero e di volume, si vedono i residui di follicoli splenici identificabili dalla sezione del vaso, a lume chiuso, attorno al quale, in modo più o meno eccentrico, fanno corona piccoli accumuli di corpuscoli linfoidi ancora bene conservati a giudicare dalla loro quasi normale colorazione.

Le cavità lacunari sono costituite a spese dell'albero venoso: ciascuna di esse ha per rivestimento interno il residuo della parete vasale (avventizia e porzione della muscolare) giacchè il resto della tunica muscolare fino all'intima si presume che sia stata scollata assieme al contenuto: contenuto e parete si trovano molte volte nell'interno del lume senza connessione con la superficie interna della cavità lacunare. In corrispondenza delle cavità lacunari piene possiamo osservare l'inizio di un processo di organizzazione alla periferia della massa trombosica il quale è evidentissimo nelle cavità più piccole e nei vasi minori.

In nessun segmento dell'organo ho trovato residui di stravasi sanguigni e neanche vasi normali, arteriosi o venosi ripieni di sangue.

Di notevole valore sono invece dei focolai che a debole ingrandimento si vedono disseminati in numero di 1 a 2 per campo ed in alcuni in maggior numero, di tinta bruna perchè colorati fortemente dall'ematossilina; essi, a forte ingrandimento, risultano costituiti da accumuli di leucociti polimorfi e polinucleati ed hanno il significato di piccoli focolai ascessuali.

Non ho potuto fare la colorazione dei germi in sito.

La diagnosi istologica fu di *necrosi massiva della milza con trombosi intraparenchimale diffusa e presenza di focolai ascessuali disseminati.*

Considerazioni. — Se nella letteratura esistono altri casi in cui siano state trovate alterazioni uguali a quelle del caso ora descritto e sopratutto che sia stato operato nelle condizioni anatomiche in esso riscontrate, non debbono essere che rarissimi.

Lontano dai centri di studio, mi è impossibile fare delle ricerche bibliografiche onde stabilire paragoni con cotesti casi, se esistono; in possesso del lavoro completo sulle ferite d'arma da fuoco della milza di M. Guibé pubblicato nella *Revue de Gynaecologie e chirurgie abdominale* del 1912, non ho trovato alcuna osservazione uguale alla mia in mezzo a numerose altre riportate dall'A. dalle prime osservazioni di Otis della guerra di secessione (1876) fino al 1912.

Nella statistica delle ferite della milza riportata durante la guerra attuale, gli interventi si riferiscono a ferite recenti isolate o associate a ferite di altri organi; per quanto abbia consultato nelle pubblicazioni al riguardo, non trovo da fare il confronto con la mia osservazione. Debbo riferirmi, quindi, al reperto del mio caso isolato per delucidare i due punti importanti che possano essere oggetto di considerazione cioè quello che riguarda l'*emostasi* e quell'altro che riguarda la *infezione*.

1. *Emostasi.* — Dalla storia clinica che accompagnava il ferito all'entrata nel mio ospedale, si deduce che immediatamente dopo il ferimento ebbe luogo una emorragia interna considerevole a giudicare dalle condizioni gravi in cui si trovò il ferito e a pensare che, oltre alla lesione splenica, il proiettile non aveva leso, almeno manifestamente, altri organi interni; lo stato grave fu quindi dovuto quasi esclusivamente alla ferita della milza che poi, all'atto operativo, fu visto essere stata una lesione dell'ilo. Di che entità e quali vasi siano stati lesi di esso possiamo argomentare presumibilmente dal reperto operatorio e da quello anatomo-istologico dell'organo asportato.

Il reperto operatorio fu dei più importanti a conoscersi; è affatto eccezionale che si possa fare uno stravaso perisplenico così abbondante e così generale attorno all'organo da sequestrarlo completamente dalla cavità peritoneale. È ancora più eccezionale che ciò si sia verificato per lesione dell'ilo, senza lesione parenchimale.

Si sa che in ogni ferita della milza il sangue si raccoglie attorno all'organo per condizioni anatomiche locali che favoriscono la formazione dell'ematoma perisplenico; infatti, aperta la cavità peritoneale per governare una forte emorragia di provenienza della milza, allorquando si crede di avere svuotato il sangue, ne esce fuori dell'altro ed in quantità considerevole proveniente dall'ipocondrio sinistro che manca all'ipocondrio destro.

A seconda della sede colpita, ci sono delle ferite che predispongono più e altre meno alla formazione dell'ematoma perisplenico e quindi alla emostasi spontanea.

Più facilmente accade la emostasi spontanea nelle ferite della faccia convessa: il sangue si trova a raccogliere fra due superfici resistenti: la parete costo-diaframmatica e il tessuto splenico fortemente addossati; se il ferito è posto a riposo rigoroso, il sangue si raccoglie in un segmento circoscritto e difficilmente allontana la milza dalla parete toracica per farsi strada verso la cavità addominale dove incontra il legamento freno-colico sinistro che, a guisa di nicchia, accoglie l'estremo inferiore della milza.

Più facilmente l'emorragia si fa strada verso la cavità peritoneale allorquando la ferita ha leso la faccia interna nella metà anteriore; non c'è vicino che la grande curvatura e la grande tuberosità dello stomaco facilmente compressibili e spostabili.

Quando l'emorragia viene dalla sezione posteriore della faccia interna, il sangue trova tessuti resistenti quali la coda del pancreas, la faccia anteriore del rene, il meso colon trasverso.

Nella lesione dei grossi vasi possono accadere le seguenti eventualità:

a) lesione totale molto vicino all'insenatura dell'ilo ed allora il sangue si espande liberamente dentro la cavità addominale con pochissima speranza di emostasi spontanea;

b) lesione lontano dall'ilo tanto dell'epiploon gastro-splenico (*vasi brevi*), quanto dell'epiploon pancreatico splenico (*vasi splenici*); in tal caso il sangue, oltre a versarsi in piena cavità addominale, per lesione specialmente dei vasi brevi, si raccoglie nella retrocavità degli epiploon;

c) in una evenienza rara il sangue può raccogliersi attorno alla milza e dar luogo ad un cospicuo ematoma perisplenico, allorquando per ferita che raggiunga l'ilo dalla faccia posteriore siano lesi i vasi splenici che decorrono nel legamento pancreatico-splenico senza che ci sia stata scontinuazione totale del legamento sudetto sì da permettere che il sangue si versi nella retrocavità degli epiploon.

In tale evenienza le condizioni per l'emostasi sono quelle che entrano in giuoco nelle ferite della sezione posteriore della faccia interna: il sangue si travasa attorno all'organo, trova resistenza contro il pancreas e il rene e viene raccolto sulla faccia superiore del mesocolon trasverso fino alla nicchia formata dal legamento freno-colico.

Tale eventualità, benchè possibile, è rarissimo che apporti ad una emostasi spontanea dato il calibro del vaso o dei vasi feriti.

Fra le ferite d'arma da fuoco è più facile che accada quanto abbiamo detto testè, allorquando il proiettile ha superficie regolare ed arriva sul vaso con velocità terminale sì da non lacerare o perforare ampiamente come fanno le schegge. Nell'ilo la vena ha un lume più ampio dell'arteria, è situata posteriormente a questa ed ha un decorso rettilineo mentre l'arteria ha un decorso tortuoso: ed allora un proiettile che, con velocità minima, arriva sull'ilo dalla parte posteriore, lede più facilmente la vena che l'arteria la quale è in condizioni di resistere all'urto. Le ferite della vena sono, infine, più suscettibili di emostasi spontanea che non quelle dell'arteria oltre che per la pressione minore con cui il sangue fuoriesce dal vaso, perchè esso è ricco di sostanze elaborate dall'organo le quali rendono il sangue più coagulabile.

Le considerazioni d'indole anatomica poggiate sul reperto operatorio, sulla sintomatologia del primo momento e sulla località del forame d'entrata del proiettile ci fanno concludere che nel nostro caso si sia trattato di una ferita della vena splenica colpita da pallottola di shrapnell.

La migliore conferma ci viene dal reperto anatomo-istologico dell'organo: la presenza della trombosi diffusa a tutto l'albero venoso intraparenchimale con dilatazione notevole di esso fino alla formazione di vere cavità lacunari ampie, ci dice che non vi fu lesione di rami della vena ma addirittura del tronco venoso un po' distante dall'ilo, dove tutti i rami confluiscono per costituirlo.

Non si esclude con ciò che non ci sia stata anche alterazione di circolo a carico dell'ar-

teria, molto probabilmente un'alterazione da compressione più che da lesione vera e propria: il reperto istologico ci parla per un processo di necrosi della milza che ha avuto luogo non acutamente come nella interruzione rapida della circolazione arteriosa ma piuttosto lentamente se già dopo 28 giorni dal ferimento sono ancora visibili corpuscoli di Malpighi con cellule linfoidi bene conservati.

2. *Infezione.* — Durante il processo di assorbimento di forti stravasi sanguigni è facile che si abbia elevazione febbrile di temperatura la quale raggiunga talvolta notevoli proporzioni: più facilmente tale elevazione accade negli stravasi entro cavità splancniche; la casistica giornaliera di guerra è ricca di osservazioni in cui una persistente temperatura febbrile, il più delle volte a tipo suppurativo, sia stata legata all'assorbimento di un emotorace senza alcun contributo infettivo come hanno fatto rilevare gli esami batteriologici del sangue estratto mercè punture esplorative o evacuative.

Nel mio caso la temperatura febbrile sarebbe stata messa in conto dell'assorbimento dell'ematoma perisplenico, giacchè tutte le condizioni c'erano per spiegarla, se l'intervento non ci avesse messo in possesso dell'organo ed in condizioni di studiarlo intimamente. Come ho detto a proposito dell'esame istologico, l'intero parenchima fu trovato disseminato da piccolissimi focolai suppurativi, altrettanti punti di colonizzazione di germi che hanno molta rassomiglianza coi microscopici focolai metastatici.

In vista di ciò, malgrado la infezione esistesse a spiegare la febbre persistente, non erano capaci a rivelarcela nè le punture esplorative nè l'esame batteriologico del materiale ricavato da esse. Siffatto reperto ci dice che solo lo studio del materiale anatomico, attento ed eseguito esaurientemente, vale ad illustrarci su molte questioni; ma siccome ciò non è sempre possibile, gli errori si perpetuano come può essere questo delle febbri legate all'assorbimento di ematomi asettici.

Conclusione. — Le nozioni date dal mio caso riguardano:

1° Splenectomia dopo 28 giorni dal ferimento per pallottola di shrapnell con lesione dell'ilo, presumibilmente della vena splenica.

2° Milza necrotica e sequestrata fuori della cavità peritoneale da un vasto e totale ematoma perisplenico.

3° Trombosi intraparenchimale diffusa a tutto l'albero venoso con dilatazione notevole di questo fino alla configurazione cistica.

4° Presenza di piccoli focolai infettivi disseminati per tutto l'organo che spiegano la febbre persistente che accompagnò la lesione.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

L'eliminazione renale allo stato normale e patologico.

(L. AMBARD. *La Presse Médicale*, 1918).

L'eliminazione renale può assumere tre forme: 1° eliminazione per effrazione; 2° eliminazione per diffusione; 3° eliminazione per secrezione.

L'*eliminazione per effrazione* si ha quando per effetto di un traumatismo si rompono dei capillari nella intimità del parenchima renale che lasciano così passare il sangue in natura nei condotti uriniferi.

L'*eliminazione per diffusione* attraverso i reni si avvera analogamente al passaggio attraverso una membrana inerte di elementi disciolti o sospesi in un liquido. Chabanier ha dimostrato che alcuni alcools, l'acetato d'etile ed il cloroformio passano in questo modo attraverso il rene. Pare che siano diffusibili solo le sostanze che sciolgono i grassi.

L'*eliminazione per secrezione* è il tipo di eliminazione più importante, perchè in questo modo passano la barriera renale lo zucchero, la urea, l'ammoniaca, i cloruri, i solfati e la maggior parte dei medicamenti, quali gli ioduri, l'acido salicilico, il bleu di metilene, ecc. La sola definizione corretta che può darsi della secrezione renale si è che è un processo governato dalle leggi delle costanti secretorie. Uno dei processi della secrezione è l'atto di concentrare: una sostanza che si trova nel sangue ad un certo tasso viene rigettata nell'urina ad un tasso più elevato. Per identificare quindi un atto di concentrazione occorre comparare simultaneamente le concentrazioni urinaria e sanguigna.

In molti casi questa ricerca è immediatamente dimostrativa; è facile infatti determinare la concentrazione dell'urea, dell'ammoniaca, degli ioduri, ecc.

Per altre sostanze invece si hanno risultati contraddittorî. Così per il cloruro di sodio ed il glucosio si può osservare che il tasso urinario è tavolta uguale, tal'altra superiore ed anche inferiore al tasso sanguigno. Il cloruro di sodio infatti nel sangue oscilla intorno al **6 ‰**, mentre nell'urina varia secondo la dieta dall'1 al 20 ‰. Una tale constatazione, che per il passato riusciva inspiegabile, oggi è sufficientemente illuminata dalle nostre conoscenze sulla soglia e sulla sua funzione. In base alla osservazione che il glucosio del sangue non passa attraverso il rene se non quando la glicemia supera il **3‰** Cl. Bernard scoprì la so-

glia della secrezione del glucosio. Questa soglia è una glicemia del 3 ‰. Ulteriormente Magnus ha determinata la soglia del cloro che nell'uomo oscilla secondo le circostanze tra 5.20 e 5.80 %, espreseso in cloruro di sodio.

Ambard ed i suoi collaboratori in seguito hanno dimostrato che nella secrezione di una sostanza a soglia l'elemento che agisce sul rene non è la totalità della sostanza contenuta nel sangue, ma l'eccesso sulla soglia. In un soggetto nel quale la cloruremia è del 6 ‰ e la soglia 5.80 ‰, non sono i 6 % di cloruro di sodio che agiscono sul rene, ma la differenza tra 6 e 5.80, ossia il 0.20 ‰, è il fattore secretorio. Per determinare quindi una concentrazione non basta paragonare il tasso urinario di una sostanza con quello sanguigno, ma occorre confrontarlo con l'eccesso sulla soglia. In queste condizioni di ricerche l'anomalia di secrezione del cloro e del glucosio scompare, poichè il loro tasso urinario è sempre più elevato del loro eccesso sulla soglia; queste sostanze dunque sono sempre concentrate in conformità di ciò che si verifica nella secrezione renale.

Quando la sostanza non ha una soglia, la secrezione non è governata che dalla sua costante; quando invece esiste la soglia, la secrezione è governata dalla costante e dalla soglia insieme.

Le sostanze senza soglia, quali l'urea, l'ammoniaca, gli joduri, l'acido salicilico, il bleu di metilene, ecc., ed in genere tutte quelle sostanze che paiono inutili alla vita cellulare, hanno la medesima costante secretoria. Praticamente quindi tutti i metodi di esplorazione funzionale dei reni si equivalgono nel senso assoluto della parola, e non è il caso di dare la preferenza all'uno o all'altro se non per ragioni di comodità.

Lo studio delle sostanze con soglia è più complicato perchè importa lo studio della costante e della soglia. Ma anche questo studio è oggi semplificato dal fatto recentemente accertato che la costante delle sostanze con soglia è identica a quella delle sostanze senza soglia. Grazie a questa nozione si può facilmente apprezzare la posizione e la funzione della soglia, che è molto notevolè e pare sopra tutto legata alla sua mobilità. In un individuo, ad es., la cui cloruremia è di 6 ‰ e la soglia dei cloruri successivamente di 5.90 e di 5.60, quale che sia la sua costante per il fatto che i debiti sono proporzionali ai quadrati degli eccessi sulle soglie (legge generale degli esiti), la quantità di cloro secreto sarà rispettivamente di 1 quando la soglia è di 5.90 e di 16 quando la soglia è di 5.60. In fatto gli eccessi sulle soglie sono rispettivamente di 6-5.90 = 10.10 e 6-5.60 = 0.40, ed i quadrati di questi eccessi sono $0.10^2 = 0.01$ e $0.4^2 = 0.16$.

Quando adunque si studia la secrezione di una sostanza con soglia, la nozione della posizione della soglia è di capitale importanza, e poichè essa è mobile è del pari necessario studiarne la mobilità. Esistono per fare studî al riguardo due sostanze: la floridzina che abbassa la soglia del glucosio e fa apparire la glicosuria, e la teobromina che abbassa la soglia dei cloruri e aumenta la diuresi clorurata.

Queste considerazioni fanno comprendere che se si tiene conto solamente del passaggio di una sostanza nelle urine si avranno nell'esplorazione funzionale dei reni risultati molto differenti e talvolta sconcordanti se si determina simultaneamente l'escrezione di una sostanza senza soglia come l'iodio e l'escrezione di una sostanza con soglia come il cloro. Un individuo può avere delle buone costanti, ma se la sua soglia del cloro è elevata egli emetterà poco cloro quando eliminerà perfettamente l'iodio. E sono appunto queste discordanze fra l'escrezione delle sostanze senza soglia e quelle delle sostanze con soglia che costituiscono la base fisiologica della differenziazione delle nefriti secondo Widal ed i suoi collaboratori.

Dopo queste considerazioni l'A. passa a trattare alcune quistioni di tecnica in rapporto alla determinazione dell'azoto ureico nel sangue e nelle urine. Perchè la costante ureo-secretoria dia dati esatti è necessario che il dosamento dell'urea sia fatto con molte cautele.

Il metodo dello xantidrol è più esatto, ma quello all'ipobromito è più comodo e quindi più consigliabile per la pratica comune. I piccoli inconvenienti (l'ipobromito mette in libertà l'azoto anche dell'ammoniaca e di altre sostanze) non hanno un gran peso. Occorre inoltre fare l'esame su non meno di 30 cmc. di sangue rendendolo incoagulabile con l'aggiunta di 0.30 gr. di fluoruro di sodio. La raccolta dell'urina deve essere fatta con cura; non deve durare meno di un'ora o un'ora e mezzo per i soggetti sondati, e due o due ore e mezzo per quelli non sondati. Il momento più favorevole per la raccolta è tra le nove del mattino e mezzogiorno.

Le deduzioni pratiche della costante ureo-secretoria possono essere considerate sotto varii punti di vista:

a) l'identità delle costanti secretorie ha molta importanza. Se, ad es., si inietta ad un soggetto dell'iodio e si trova in lui una costante di 0.21, si saprà che egli ritiene nel sangue una quantità di iodio tre volte maggiore di quella ritenuta da un soggeto normale la cui costante è di 0.07;

b) esiste una correlazione tra il valore della costante e la concentrazione massima. A una buona costante corrisponde un buon potere di concentramento e viceversa. E la importanza di questo potere è notevole; con una cattiva concentrazione massima una qualsiasi oliguria determina una ritenzione considerevole di azoto, che può divenire mortale in qualche giorno;

c) la costante costituisce un ottimo indice dell'evoluzione delle nefriti. Comunque, la determinazione della costante è inutile quando l'urea del siero passa i 2 gr. e sopra tutto quando questa forte azotemia dura molto tempo. Un'azotemia prolungata di 2 gr. costituisce una condanna di morte quasi irrevocabile a scadenza più o meno breve. Una nefrite che determina una tale azotemia è costituita da lesioni che non possono regredire, raramente si stabilizzano ed il più delle volte progrediscono.

Per le azotemie inferiori a 2 gr. la nefrite è meno fatale. Quando poi l'azotemia si avvicina a quella abituale dei soggetti sani, l'evoluzione della nefrite è indeterminata. In tali condizioni la determinazione della costante fornisce dei dati più delicati che il semplice dosamento dell'urea nel sangue.

Da numerose osservazioni si possono rilevare i seguenti rapporti medii tra l'azotemia e la perdita funzionale dei reni:

Azotemia	Perdita funzionale
—	—
Da qualche cgr. a 0.50 %	0-80 %
Da 0.50 a 1 gr. %	40-90 %
Da 1 a 2 gr. %	80-98 %

Considerando che il limite estremo dell'azotemia nei sani è di 0.50 e che entro questo limite non si ha quindi alcuna indicazione precisa dal solo dosamento dell'urea, si rileva la necessità dell'uso della costante per azotemie inferiori a 0.50.

Per le azotemie comprese tra 0.50 e 1 gr. il disturbo funzionale dei reni è praticamente costante e molto accentuato. Tuttavia può essere interessante indagare se il capitale funzionale perduto è limitato al 40 % o raggiunge i 90 %; in tali casi l'uso della costante è anche necessario.

Per le azotemie che sorpassano 1 gr. la perdita funzionale è certamente superiore all'80 % e quindi la costante non ha alcun valore pratico.

Comunque, se si vuol limitare l'uso della costante per le azotemie inferiori a 0.60-0.70, essa ha ancora un campo di applicazione molto vasto e del maggiore interesse. Una tale azotemia si trova infatti al principio delle nefriti, quando cioè queste sono ancora più o meno curabili. DR.

CHIRURGIA.

Su alcuni progressi chirurgici nel trattamento delle ferite durante la guerra.

(A. W. MAYO ROBSON. *The British Medical Journal*, 1918).

L'esperienza della pratica civile non ha molto giovato nelle ferite di guerra. Le quali sono tutte virtualmente, eccezion fatta di qualche ferita da pallottola, assai virulentemente settiche: ciò è dovuto alla contaminazione della pelle, dei vestiti, dalle scheggie e altri corpi estranei per parte dei germi di cui è spesso saturo il suolo.

Nel trattamento delle ferite sono oggi impiegati i metodi seguenti:

1° Asepsi.

2° Trattamento secondo i principî generali: larghe incisioni, rimozione di corpi estranei, irrigazione con o senza antisettici, ampi drenaggi.

3° Antisepsi listeriana e sue modificazioni:

a) uso di solo alcool: non acqua nè soluzioni acquose;

b) uso dei vari antisettici più o meno velenosi: acido fenico, sublimato, bioduro di mercurio, tintura di iodio, permanganato di potassio, eusolo, flavina, ecc.;

c) il trattamento Carrel-Dakin;

d) paste antisettiche, come il «bipp», del prof. Morison.

4° Il trattamento fisiologico, con soluzioni saline ipertoniche di Almroth Wright; e il suo derivato, con pacchetti di sale, del colonnello Gray.

5° Il trattamento chirurgico: completa escissione della ferita, inclusi tutti i tessuti contaminati e i corpi estranei.

6° Il trattamento batteriologico (Donaldson e J. Leonard Joyce): cioè l'introduzione di un microrganismo benefico per uccidere i germi nocivi.

TRATTAMENTO SECONDO I PRINCIPÎ GENERALI.

Per molti anni prima della guerra l'A., come del resto tutti i chirurgi, seguì i principî della più rigida asepsi, e i risultati ottenuti lo avevano assolutamente convinto che l'uso di antisettici fortemente velenosi era non solo non necessario, ma dannoso nel lavoro ordinario.

Scoppiata la guerra l'esperienza dell'A. lo ha confermato nelle precedenti idee, che l'acido fenico e gli altri antisettici velenosi debbono essere evitati anche nel trattamento delle ferite di guerra. E presto si convinse che, fatta eccezione di poche ferite a canale, tutte le altre ferite d'arma da fuoco, specialmente da scheggie, sono settiche ad alta virulenza e ri-

chiedono un trattamento rigoroso: con ampie incisioni e rimozione dei frammenti di vestito e altri corpi estranei e completa irrigazione con soluzione salina o acqua comune bollita, o anche leggeri antisettici, come una debole soluzione di permanganato, ripetuta il più spesso possibile, e ampi drenaggi. Ancora non erano stati introdotti i metodi più efficaci di trattamento che permettono di sterilizzare le ferite e di chiuderle precocemente: tuttavia coi mezzi su riferiti, e che possono considerarsi come un trattamento basato su principî generali, fu in grado di ottenere risultati assai brillanti ed arrestare la pratica di amputare in quasi tutti i casi di gangrena gassosa.

Facendo parte del corpo di spedizione del Mediterraneo l'A. ebbe occasione di trovarsi con Dakin e potè fin d'allora constatare la grande efficacia della soluzione di ipoclorito da quest'ultimo proposta.

ANTISEPSI.

La chirurgia antisettica introdotta da Lister e poi modificata e migliorata in mille modi, mira ad uccidere i germi penetrati nelle ferite: ma l'antisettico perfetto, che, fatale alla vita del germe, non sia dannoso per i tessuti viventi, non è stato ancora scoperto.

L'A. già molto prima di Lister esperimentava il metodo antisettico servendosi con ottimo risultato, in una amputazione, di *whisky* puro. Di fatto l'alcool è tuttora usato in particolari casi come ottimo antisettico. Sono invece abbandonati gli antisettici fortemente velenosi, come l'acido fenico, il sublimato, il bioduro di mercurio.

Due antisettici di recente introduzione sono la flavina e il « *brilliant green* ». La prima, usata alla concentrazione 1 per mille, è stata assai esaltata: può essere impiegata per l'irrigazione di ferite recenti, per le medicazioni comuni, per il metodo Carrel. Sebbene di regola tende a ripulire le ferite sudicie, in alcuni casi sembra ritardi la guarigione distruggendo l'epitelio marginale e ostacolando il sorgere di granulazioni. Di più, varî patologi hanno riferito che non è un potente battericida. Il *brilliant green* è usato come la flavina, ma specialmente sulla cute prima dell'incisione: parecchi chirurgi ne parlano bene.

L'eusolo è un preparato di cloro, che si ottiene facilmente, non velenoso, assai affine al liquido di Carrel; a differenza del quale è stabile e quindi usabile anche in centri in cui non vi sia un chimico che lo debba preparare. Anche la cloramina T è antisettico utilissimo che rientra come l'eusolo nel gruppo cui appartiene il liquido di Dakin.

TRATTAMENTO ALLA CARREL-DAKIN.

Costituisce un reale progresso perchè, se rigorosamente condotto, è capace di rendere sterili ferite in breve tempo (da 5 a 14 giorni) sì da permettere chè esse vengano completamente chiuse con suture. È però necessaria una tecnica accurata: l'A. stesso dopo aver visto ottimi risultati nell'ospedale di Carrel e in altri, ha constatato in alcuni ospedali pochi successi, perchè il liquido non era preparato con cura o di recente, ovvero il chirurgo non faceva personalmente le medicature successive, o anche si era trascurato l'aiuto del patologo che controllasse batteriologicamente la ferita.

I molteplici tubi da irrigazione, perforati per la loro intera lunghezza, lunghi 30 cm. e di 4 mm. di calibro, sono inseriti nella profondità e nei recessi della ferita e permettono all'infermiere di mandare a immediato contatto della ferita una piccola quantità di liquido ogni due ore, per mezzo di una pinza a pressione, applicata su un tubo che parte da un serbatoio di vetro posto sopra al paziente. In questo modo la ferita è mantenuta costantemente bagnata con soluzione di Dakin e i germi patogeni sono ostacolati nello sviluppo e distrutti.

L'aspetto del paziente è ottimo: buon appetito, non dolore, non temperatura. Un grande svantaggio di questo trattamento è la difficoltà di continuarlo nel trasporto: e molti casi giungono in Inghilterra in poco belle condizioni, specie in confronto con quelli trattati con impacchi salini o col « *bipp* ».

PASTE ANTISETTICHE.

La pasta antisettica chiamata « *bipp* » dalle iniziali dei suoi componenti — bismuto, iodoformio e paraffina — fu introdotta da Rutherford Morison che ne descrisse la preparazione e il trattamento in un articolo del *British medical Journal* del 20 ottobre 1917. È stata riconosciuta assai efficace nella medicatura primaria e secondaria delle ferite d'arma da fuoco, e specialmente adatta per il trasporto. Secondo l'A. può essere bene usata dopo alcuni giorni di trattamento alla Carrel.

METODO FISIOLOGICO

Sir Almroth Wright è un oppositore della chirurgia antisettica, e suggerisce l'uso di soluzione salina ipertonica — il così detto « trattamento fisiologico », che attirerebbe dai tessuti della ferita un abbondante fluido contenente delle cellule, che attaccano e distruggono i germi: e questi insieme coi residui di tessuti e cellule morte sono asportati dal libero ef-

fluire del liquido. Si può usare una medicazione umida con tamponi bagnati di soluzione salina, o una irrigazione permanente della stessa soluzione.

Oltre a questo metodo il colonn. H. M. W. Gray propone il trattamento degli «impacchi salini», che evita il bisogno di drenaggio o dell'irrigazione continua. Dopo aperta e pulita meccanicamente il meglio possibile la ferita sono posti su di essa degli impacchi salini e al disopra una medicatura assorbente. Non è necessario rinnovare questa medicatura per alquanti giorni. Fin qui i buoni risultati che indubbiamente questo metodo ha dato sono stati attribuiti in via un po' oscura al sale, agente più o meno sulle linee fisiologiche indicate da Wright: ma tutti quelli che hanno usato questo sistema hanno sentito la necessità di qualche altra spiegazione.

IL METODO BATTERIOLOGICO.

È il risultato di interessanti studi fatti dal dott. Donaldson e dal maggiore Yoyce. Quest'ultimo, avendo constatato nelle ferite trattate con impacchi salini e decorrenti bene un odore speciale, pensò all'esistenza di qualche germe. Infatti trovò col suo collaboratore un bacillo ovale sporigeno, che mancava nelle ferite a cattivo decorso, che non presentavano inoltre l'odore caratteristico. Isolato e coltivato anaerobicamente, ne venne prima saggiata la virulenza, e, constatatala nulla, venne introdotto in ferite a cattivo decorso: e si vide abbassarsi la temperatura, mentre il paziente si rimetteva, e in pochi giorni la ferita si detergeva e si ricopriva di buone granulazioni: in pari tempo si sviluppava lo speciale odore sopra citato.

Nel trattare le ferite con questo metodo è importante di lasciarle largamente aperte, asportando qualsiasi corpo straniero e tutti i tessuti che appaiono lesi; quindi si irriga la ferita con acqua sterile o con soluzione salina, e per mezzo di una pipetta vi si introduce la cultura del bacillo, cui gli AA. hanno dato il nome di *Reading bacillus;* si aggiunge un impacco salino e sopra molta garza e uno spesso strato di cotone. Se tutto va bene, come si vede dallo stato generale, la medicatura è lasciata in posto per circa sette giorni (al terzo giorno circa si sviluppa l'odore caratteristico); rimosso l'impacco si lava con soluzione salina normale calda o con soluzione di eusolo; dopo di che, o col metodo di Carrel-Dakin o con l'uso di una pasta antisettica, la ferita può essere chiusa in pochi giorni.

SCELTA DEL METODO.

Nei casi visti alla fronte il primo dovere del chirurgo in tutte le ferite da scheggia è di aprirle ampiamente in tutti i recessi; rimuovere tutti i corpi estranei, frammenti di vestito, scheggie ossee libere, e tessuti morti o danneggiati; arrestare l'emorragia, e irrigare a lungo la ferita con qualche antisettico, come eusolo, o liquido di Dakin, o soluzione salina ipertonica, o alcool: insomma trattare il caso sui principî generali ben noti da seguire per le ferite settiche; questo, seguìto da un accurato drenaggio, fu il metodo applicato con più o meno successo nei primi mesi e nel primo anno di guerra.

Ora, sebbene ciò significhi salvare la vita e abolire la sepsi violenta e la gangrena gassosa, lascia guarire delle vaste ferite con un lungo processo di granulazione, ed espone all'esaurimento dei poteri vitali e alle deformità causate da grosse cicatrici. Abbiamo invece al giorno d'oggi parecchi metodi per abbreviare il trattamento consecutivo alla prima necessaria operazione.

a) Il metodo Carrel-Dakin, con chiusura della ferita in 1-2 settimane, costituisce, se il paziente può essere presto portato a un buon ospedale e ivi trattenuto, il metodo ideale e ha dato certamente eccellenti risultati; ma non è buono per quei casi che debbono essere trasferiti per mare e per ferrovia.

b) Se — come accade nella maggioranza dei casi — il paziente deve essere trasferito, il trattamento col «bipp», sempre dopo la escissione completa della ferita, è un eccellente metodo.

c) Il trattamento con impacchi salini usato dal colonnello Gray è ottimo per il trasporto; sarà seguìto dopo una settimana o più dal trattamento Carrel-Dakin o col «bipp».

d) Per la cura di ferite settiche suppuranti si presta assai bene l'innesto nelle ferite del bacillo Reading con l'aggiunta di un impacco salino.

SEBASTIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Seduta del 24 febbraio 1918.
Presiede il *Presidente* prof. VINCENZO DE GIAXA.

Contributo alla protesi cinematica degli arti superiori.

Prof. GAETANO CORRADO. — Presenta all'Accademia un nuovo modello di mano prensile da lui ideato e fatto costruire, sotto la sua direzione, nell'officina di protesi dell'Istituto di Rieducazione per i militari in Napoli. Tale apparecchio è applicato al braccio destro di un soldato mutilato della mano corrispondente e di quasi tutto il braccio sinistro. Esso presenta le seguenti caratteristiche:

1° Scheletro mediano rappresentato da una lamina di acciaio a telaio, con due *coulisses* laterali, al quale sono connesse le dita, che hanno la 1ª falange rappresentata da un semicanale metallico, e le altre due, in un sol pezzo, da legno e sughero. Il telaio metallico è compreso fra due gusci (palmare e dorsale) in legno rivestito di pelle, i quali completano la forma della mano.

2° Pollice costituito come le altre dita, ma mobile anche nella sua sezione metacarpea, in modo da poter riprodurre i principali movimenti della mano naturale, potendo addursi in modo da opporsi alle varie dita, ed abdursi in modo da esser tratto fuori dal campo di flessione delle altre dita, potendo poi riportarvisi ed addossarsi ad esse quando sono già chiuse, realizzandosi con tale mano artificiale tanto la presa a pinza che quella ad anello.

3° Per mettere in azione l'apparecchio possono adoperarsi non solo tutti i mezzi finora usati, ed altri che si possono escogitare (e ne enumera parecchi), nel campo degli arti superiori e del tronco, ma anche nel campo degli arti inferiori. Nel caso speciale la protesi che unisce al braccio del mutilato la mano prensile è costruita in modo da poter utilizzare i movimenti di flessione e di estensione del gomito (ciò che nel caso in discorso non è usato, ma vale come semplice riserva), ed i movimenti di pronazione e supinazione dell'avambraccio, che vengono utilizzati per l'abduzione e l'adduzione e flessione del pollice.

Al movimento delle altre dita si provvede con i piedi, mediante apposito dispositivo e trasmissione metallica, sistema Bowlen, che alla potenza e sicurezza unisce la maggiore autonomia dei movimenti della persona.

Dimostra pure il primo modello di mano prensile da lui fatta costruire sugli stessi principii, ed annunzia di aver già posto in costruzione un nuovo modello che realizza altri vantaggi.

Il polso encefalico durante lo sforzo muscolare.

Prof. LUIGI FERRANNINI. — Assai interessante — egli dice — mi è sembrato lo studio del polso encefalico durante lo sforzo esterno ed interno. Ho profittato per ciò del caso di un soldato, che proprio sul vertice ha un'ampia perdita di sostanza ossea per effetto di ferita da scheggia di bomba a mano.

Quando egli stringe fortemente il dinamometro di Mathieu si ha una diminuzione della pressione endocranica e del volume dell'encefalo, la quale man mano progredisce fino allamassima esplicazione dello sforzo, poi gradatamente regredisce col rallentarsi graduale di questo, e quindi ripiglia — spesso senz'altro — il livello precedente. Qualche volta, e sempre in rapporto con l'entità dello sforzo, la diminuzione è appena apprezzabile: non raramente, dopo che alla fine dello sforzo la pressione endocranica ed il volume dell'encefalo son tornati al livello abituale, diminuiscono subito di nuovo, ma per un minor grado e per più breve tempo della prima volta, e poi riprendono definitivamente il livello ordinario: qualche altra volta, dopo la fine dello sforzo, subiscono per alcun tempo delle oscillazioni irregolari ed ampie prima di riprendere più o meno presto l'andamento abituale.

Il tipo del polso però appare completamente trasformato durante questo sforzo muscolare: da anacroto si è trasformato rapidamente e completamente in catacroto.

Si hanno poi altre lievi modificazioni secondarie. L'ampiezza del polso spesso diminuisce durante lo sforzo, ma qualche volta pure aumenta e quasi sempre ritorna subito al normale dopo che lo sforzo è cessato. L'apice naturalmente si arrotonda e si spiana corrispondentemente alla diminuzione dell'ampiezza delle pulsazioni. Le oscillazioni respiratorie appena si riconoscono o scompaiono.

Durante lo sforzo interno, quando il soggetto si spreme come per defecare, il polso encefalico si sospende, la linea del tracciato si precipita in basso con grande rapidità e fino al punto che la penna non arriva più a scrivere sulla carta affumicata: con non minore rapidità poi, ed anche con ampiezza maggiore, la linea risale e giunge ad un'altezza che parimente non è possibile segnare: quindi la linea di nuovo si abbassa e riprende dopo brevi oscillazioni irregolari l'andamento che seguiva prima dello sforzo, o ancora una volta, ma per minore ampiezza, discende al di sotto dell'ascissa inferiore e risale poscia al di sopra dell'ascissa superiore per riprendere finalmente, dopo poche oscillazioni irregolari, l'andamento che seguiva prima dello sforzo.

Nell'ultima discesa, e qualche volta anche nell'ascesa, compaiono degli abbozzi di pulsazioni irregolari. Cessato lo sforzo, il polso riprende senz'altro il suo andamento primitivo: solo talvolta, e dopo gli sforzi più energici, a piede della linea discendente sorgono piccole elevazioni abortive.

Risulta così perfettamente diverso il meccanismo dello sforzo esterno e quello dello sforzo interno, i quali andavano perfettamente confusi prima delle ricerche di Pieraccini, e si credeva che avessero gli stessi effetti sulla circolazione e sulla pressione encefalica prima di questi studii miei.

Per ciò che riguarda lo sforzo esterno io ho irrefutabilmente dimostrato che esso non si accompagna ad alcun aumento della pressione encefalica, come già Pieraccini aveva potuto dimostrare per la pressione endotoracica: anzi io ho provato che durante lo sforzo esterno ingente la pressione endocranica costantemente e sensibilmente si abbassa,

contrariamente a quanto finora era stato universalmente ammesso ed a quanto si verifica tanto per la pressione endotoracica quanto per quella endoaddominale.

Quello che avviene durante lo sforzo interno è apparentemente assai più semplice, ma è meno precisabile. I tracciati non ci dimostrano altro di sicuro che grandi ondulazioni e variazioni della pressione endocranica globale.

Prof. COLUCCI. — Muove alcune obiezioni al prof. Ferrannini, insistendo sulle difficoltà che presenta la interpretazione del polso cerebrale, sulla forma del quale influiscono molteplici fattori.

Prof. L. FERRANNINI. — Risponde al prof. Colucci, che egli non ha inteso studiare il meccanismo dello sforzo muscolare e la sua azione sulla pressione sanguigna, ma unicamente le modificazioni della circolazione encefalica durante lo sforzo, e che per brevità ha dovuto omettere di riferire i particolari di tecnica; nella interpretazione dei tracciati poi è stato abbastanza riservato, appunto per le difficoltà che essa presenta. S.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche

La terapia delle piaghe cutanee colla crisoidina.

L. MARTINOTTI. — Parla di quelle piaghe che cicatrizzano con grande lentezza e difficoltà o che non cicatrizzano, quali sono quelle seguenti ad ustioni, a varici, ad exemi, ed anche diverse provenienti da ferite di guerra. La cura chirurgica degli innesti non sempre può applicarsi, ed allora è il trattamento medicamentoso il mezzo unico che resta in campo. Ma con esso appunto molte piaghe non vengono condotte alla guarigione completa. I dermatoplastici danno un certo grado di riparazione, oltre il quale non è possibile far progredire la cicatrizzazione. Un progresso terapeutico si è avuto per opera del Fischer (1908), che ha introdotto l'uso di alcune *sostanze coloranti*, e specialmente del rosso scarlatto. Più recentemente è stato riconosciuto che il potere eccitante la proliferazione degli epiteli è dovuto ai componenti basici di tale colore, cioè all'amido-azotoluolo e all'amido-azobenzolo. I composti benzolici poi sono più attivi dei toluolici, e il disserente ha trovato sperimentalmente che il cloridrato di diamido-azobenzolo dimostra la maggiore efficacia comparativamente ad altri. Esso in commercio va col nome di *crisoidina*. È una polvere cristallina rosso-bruna, spesso in blocchi nerastri, solubile in acqua con colore rosso-aranciato. Havvene di varie qualità, quella pura trovasi da Erba e alla fabbrica Ledoga in Milano.

La casistica clinica del disserente è numerosissima e variatissima, e su essa fornisce molti particolari. Risulta che l'azione cheratoplastica è più palese di quella dermatoplastica, ed entrambe non hanno paragone con quelle che si possono ottenere con i migliori campioni di rosso-scarlatto: le granulazioni di cattivo genere cadono, subentrano rapidamente granulazioni rosse, sanguinanti, tutte eguali, su fondo regolare, piano, libero da ogni detrito necrotico e da qualsiasi proliferazione fungosa; i margini delle ulcere si vedono avanzare di giorno in giorno di qualche millimetro con una rapidità ed estensione che ha del prodigioso. I casi clinici sono dati da ulcere ed exemi da varici, piaghe da scottature, piaghe consecutive a ferite di guerra, epiteliomi ulcerati, forme ulcerose serpiginose del collo uterino e delle pareti della vagina. L'applicazione che dà migliori e più rapidi risultati è quella degli impacchi di soluzione acquosa dal 0,5 al 2 %. fatta con acqua bollita: la piaga deve essere accuratamente detersa, i bordi callosi recisi, le granulazioni molto esuberanti appianate, quindi su essa si posa garza sterile di più strati e della forma della piaga più ampia e imbevuta della soluzione di crisoidina, indi si fissa l'impacco. Se si vogliono facilitare i processi di rammollimento e macerazione dei bordi callosi, si copre l'impacco con guttaperca laminata. Si cambia la medicatura ogni 48 ore. Il riposo della parte è indispensabile. Le cicatrici che ne derivano sono belle, piane e plastiche. Sul collo uterino e in vagina si applicano tamponi imbevuti della soluzione acquosa all'1,5 %. La soluzione glicerica non ha mostrato pregi particolari. Conclude il disserente che i risultati avuti sono di gran lunga superiori a tutti quelli da lui osservati con le cure fisiche, chirurgiche e coi medicamenti fino ad ora noti.

Venti mesi di chirurgia di guerra nell'Osp. da G. n. 10 della C. R. I.

G. CAVINA. — Presenta i risultati della sua personale opera di capo-reparto di chirurgia in detto ospedale, posto a Cividale; risultati raccolti in elegante opuscolo di 75 pagine, edito dal Cappelli di Bologna. Il movimento dei feriti passati dal suo reparto ammontò a 5163 casi, pei quali, divisi in 22 gruppi, espone i criteri generali e speciali seguiti nella cura. È piuttosto un interventista che un astensionista.

Dott. G. M. PICCININI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Appendicite e gravidanza.

P. Heineck (*Journal des praticiens*, 16-23 giugno 1917) in base allo studio di 173 casi da lui osservati clinicamente ed operati è venuto alle seguenti conclusioni:

L'appendicite è la più importante complicazione della gravidanza e più frequente di quel che generalmente si crede. Può presentarsi in tutti i periodi della gestazione.

La gravidanza non esercita alcuna influenza deleteria sull'appendice normale, ma può provocare la infiammazione nelle appendici immobilizzate da aderenze o comunque patologicamente alterate. Può aggravare una infiammazione appendicolare, ed aumenta la gravità dell'appendicite.

L'appendicite e la gravidanza tubaria uni- o bilaterale possono essere scambiate tra loro. Per altro possono manifestarsi simultaneamente o consecutivamente.

Nell'appendicite, nella gravidanza ectopica, nell'associazione di questi due stati l'operazione è indispensabile.

Durante la gravidanza si osservano tutte le forme di appendicite: adesiva catarrale, gangrenosa, ulcerosa, obliterante, perforante e suppurata.

L'appendicite con formazione di aderenze ha una grande importanza perchè imprigiona l'utero gravido nella pelvi e ne impedisce meccanicamente lo sviluppo, indebolisce e ostacola le contrazioni uterine durante il parto, favorisce la sub-involuzione, produce sterilità, modifica la struttura delle trombe e delle ovaie, ne disturba la funzione, produce l'ileo, provoca l'aborto, determina indirettamente la gravidanza extrauterina, infiammazioni dell'utero, delle trombe e degli organi pelvici.

La sintomatologia dell'appendicite nella donna incinta non ha di regola nulla di speciale: il quadro clinico talvolta è oscurato dai sintomi della gravidanza coesistente.

Per stabilire con certezza la diagnosi di appendicite durante la gravidanza è necessario escludere la presenza di una mialgia dovuta alla distensione dei muscoli addominali, il tifo, la gravidanza tubaria, la colecistite, la salpingite, la pielite e l'ureterite destra, l'ingorgo fecale, le coliche epatiche e nefritiche.

Quando non si ha interruzione della gravidanza, spontanea o provocata, la prognosi per la madre è migliore. Gli attacchi gravi provocano l'aborto e questo aggrava la malattia. Non è mai indicato d'interrompere la gravidanza.

Sono raccomandate le seguenti misure profilattiche generali:

a) durante l'età delle possibili gravidanze gli attacchi recidivanti di dolori pelvici, le dismenorree non associate a sintomi pelvici obbiettivi sono spesso dovuti ad un'appendicite non riconosciuta o a sue conseguenze. In questi casi è indicata l'appendicectomia, che naturalmente va praticata anche nei casi di appendicite accertata;

b) nel corso delle laparotomie praticate per altre affezioni si esaminerà l'appendice e se questa si troverà alterata converrà asportarla.

In ogni caso di appendicite acuta, cronica o recidivante è necessaria l'operazione. Questa deve essere precoce e immediata. La gravidanza non solo non costituisce una controindicazione, ma consiglia essa stessa l'intervento sollecito.

L'appendicectomia nella donna incinta richiede una tecnica speciale. Negli ultimi mesi della gravidanza è controindicata la incisione mediana. Occorre ridurre al minimo le manipolazioni dell'utero. Dopo l'operazione sono indicati gli oppiacei. Se il travaglio si produce poco dopo la laparotomia occorre facilitarlo acciò non si prolunghi troppo. *a. a.*

Le articolazioni sacro-iliache durante la gravidanza e nelle affezioni ginecologiche.

Litzenberg (*The Journal of the American Medic. Assoc.*, 1917, n. 21) in base a numerose osservazioni ha potuto accertare che le articolazioni sacro-iliache ordinariamente fisse possano acquistare la mobilità in determinate condizioni e sono certamente mobili durante la gravidanza. Questo rilasciamento normale rende le articolazioni stesse molto vulnerabili, determinando disturbi varî, dolori, spostamenti ed anche anomalie del parto. Potenzialmente ogni donna gestante è una paziente sacro-iliaca e quindi il suo bacino dovrebbe essere sostenuto ed eventualmente corretto mediante l'applicazione di un conveniente busto. Per altro le affezioni ginecologiche possono causare dolori localizzati alla regione sacro-iliaca, e viceversa lesioni delle articolazioni sacro-iliache possono simulare affezioni patologiche degli organi pelvici. Ogni donna quindi con dolori sacro-lombari dovrebbe essere accuratamente esaminata per accertare se essi sono l'esponente di affezioni della pelvi o delle articolazioni o eventualmente di tutte e due. *a. a.*

TERAPIA.

L'azione del saccarosio sulla secrezione bronchiale.

Parecchi lettori ci chiedono informazioni circa il nuovo metodo di cura del prof. Lo Monaco, di cui si è largamente occupata la stampa politica.

Non possiamo far meglio che riassumere la parte praticamente sostanziale delle ricerche che il prof. Lo Monaco, coadiuvato dalla sua scuola, ha eseguito intorno all'azione degli zuccheri sulla secrezione bronchiale.

Esse fanno parte di una serie di ricerche relative all'azione dello zucchero sulla funzione cardiaca, sulla diuresi, sulle emorragie, sulla secrezione lattea.

L'azione esercitata sulla secrezione bronchiale è stata studiata specialmente da T. Lucherini, su ammalati di tubercolosi polmonare.

Le iniezioni ipodermiche di alte dosi (5 cmc.) di saccarosio determinano una netta graduale diminuzione della secrezione bronchiale. Quasi costantemente si ottiene altresì una diminuzione della tosse ed, appunto nei tubercolotici polmonari, una sensibile diminuzione della sudorazione.

Le iniezioni di saccarosio si praticano nel tessuto sottocutaneo delle regioni glutee e non provocano dolore; solo nei soggetti molto denutriti è consigliabile di aggiungere ai cinque cmc. della soluzione di saccarosio un cmc. di cloridrato di cocaina al 3 %.

Tali iniezioni non provocano glicosuria nè anafilassi. La soluzione usata dal Lo Monaco è al 100%, sterilizzata a 110°.

Evidentemente il saccarosio così introdotto tende a modificare l'attività secretiva della mucosa del sistema respiratorio. Può trarsene un vantaggio notevole in confronto dei comuni espettoranti, che tendono sempre a dare uno stato nauseoso ed a turbare comunque le funzioni gastriche. La sua azione risulta utilizzabile e benefica negli individui affetti da tubercolosi polmonare, nei quali però la cura non porta modificazioni degne di rilievo nelle condizioni locali del polmone, nella curva febbrile, nè nelle condizioni generali.

Un'azione favorevole è stata osservata da La Grotteria anche nella pertosse.

(Cfr. *Archivio di Farmacologia sperimentale*, dal 1908 in poi: il lavoro riassuntivo del prof. Lo Monaco è pubblicato nel numero del 1° febbraio 1918; quelli di La Grotteria e Lucherini nei numeri del 15 febbraio e 1° marzo).

ini.

L'elioterapia artificiale nelle tubercolosi chirurgiche ed esterne.

Reyn e Ernst (rif. in *Journ. of Am. med. Assoc.*, 7 luglio 1917, hanno riconosciuto che la luce ad arco è la migliore per i bagni di luce e può fare da sola lo stesso effetto della luce solare senza bisogno di fattori climatici ed è di inestimabile valore nel trattamento del lupus.

Con il metodo degli AA. tutto il corpo viene esposto ai raggi, e ne assorbe così la massima quantità, diversamente dal metodo di Finsen che concentra questi ultimi su di una superficie limitata. L'esposizione durava da 1/4 d'ora al principio fino a due ore e due ore e mezza; la durata della cura da 4 ad 8 mesi. Sembra preferibile praticare tali bagni a giorni alterni con una corrente molto forte; nei casi di tubercolosi gli AA. hanno usato 20 *ampères* e 75 negli altri.

I successi migliori si sono ottenuti nelle artriti ed osteiti, alcune delle quali sono guarite con buona funzionalità.

Secondo gli AA. gli effetti utili dell'elioterapia consistono solo nell'azione dei raggi e si possono ottenere ugualmente con la luce ad arco.

Essi insistono sulla necessità che tale cura venga applicata da un chirurgo bene addestrato, che sappia quando si debba intervenire con l'operazione e quando si possa farne a meno.

Le esperienze fatte con la lampada a vapore di mercurio provano che essa è meno efficace di quella ad arco; questa di fatto, contiene ogni sorta di raggi, quella soltanto i raggi a breve lunghezza d'onda con poco potere penetrante. Sotto l'azione della luce ad arco la pelle subisce le stesse modificazioni che sotto la luce solare.

I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(943). *Per sopprimere le macchine di tatuaggio.* — Al dott. U. C. da M. d. T.: Un mezzo consigliabile è quello proposto dal Variot e che si riporta testualmente dalla descrizione che si trova nella traduzione italiana, a cura del dottor A. Rondelli, della *Terapia delle malattie della pelle* di G. Jessner (Unione tipografico-editrice). Si versa dapprima sulle parti tatuate una soluzione concentrata di tannino, poi con l'aiuto di uno strumentino eguale a quello usato per i tatuaggi, si fanno delle punture su tutta la superficie cutanea che si vuol decolorare, introducendo così nelle parti superficiali del derma una certa quantità di liquido: subito dopo si toccano col cannello di nitrato di argento

e non si ripulisce se non quando si vedono spiccare dei punti nero-scuri per la formazione di tannato d'argento prodottosi in seguito alla operazione. Ne segue una leggiera reazione infiammatoria e un'escara nera, sottile, molto aderente agli strati sottostanti, che si distacca spontaneamente dopo 15-20 giorni, lasciando in sito, al posto del tatuaggio, una cicatrice superficiale rosea, che si scolora gradatamente.

V. MONTESANO.

(944). Al dott. B. Morello, Savona:

Di kala-azàr sono stati riconosciuti numerosi casi in Italia.

Sembra accertato che l'infezione viene trasmessa per mezzo delle pulci, da uomo ad uomo e dal cane all'uomo.

La forma indiana sembra oggi doversi identificare con quella infantile.

Può trovare tutte le indicazioni che Ella richiede nelle riviste sintetiche:

La leishmaniosi, pubblicata in questo periodico, anno 1912, fascicoli 2, 3 e 4, e

Leishmaniosi interna, pubblicata negli *Annali d'Igiene*, anno 1916, fasc. 4. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

J. MACKENZIE. *Principi di diagnosi e cura delle malattie del cuore.* Un vol. in-8° di oltre 200 pagine, con diversi tracciati. — Società editrice libraria, Milano. Prezzo L. 7.

Questo libro, di piccola mole, offre maggior materia di meditazione e ci dà insegnamenti ben più preziosi che un grosso trattato di molti volumi. Le malattie del cuore vi sono irradiate di una nuova luce, la quale mette in rilievo tante particolarità, che dapprima non erano tenute nella giusta considerazione.

Ed assurgendo a considerazioni più generali, è un nuovo indirizzo delle ricerche mediche, che l'A. caldeggia, basato essenzialmente sopra un nosografismo accurato e preciso, non limitato al breve tempo della permanenza del paziente all'ospedale, ma continuato per tutta la vita di esso. Da queste investigazioni, che solo il pratico generico può fare, potrà venire un gran contributo al progresso della clinica.

Viene quindi attribuita grande importanza all'esatto apprezzamento delle sensazioni del paziente, che troppo spesso vengono trascurate per la sola ricerca dei sintomi obbiettivi: esso ci potrà mettere in grado di sorprendere le malattie all'inizio, e di conoscere molti mali oscuri, come p. e. un'anomala azione del cuore.

Anche il delicato problema della prognosi viene studiato a fondo, consigliando il medico a riguardare le cose dal punto di vista del paziente, il quale, tolta la questione dell'immediato, chiede di sapere l'importanza ed il significato dei sintomi nella sua vita avvenire. Nella risposta si compendia la ragione suprema, che ci guida in tutte le investigazioni cliniche.

FIL.

CAPRIOLI prof. NICOLA. *Aneurisma in generale ed in ispecie quello della poplitea.* Un vol. in-8° di oltre 260 pag. — Tip. Tramontano, Napoli. Prezzo L. 12.

L'A. tratta il vasto argomento, incominciando a ricordare le necessarie cognizioni di anatomia ed istologia dell'albero arterioso. Passa in seguito ad esaminare l'eziologia e la patogenesi dell'aneurisma, riportando con ampie citazioni le teorie e gli esperimenti altrui.

Dopo un largo cenno sulla cura degli aneurismi in generale, l'A. considera quello della poplitea, di cui espone la sintomatologia, discute la diagnosi differenziale, fornendo poi le indicazioni per un'adatta terapia. *ini.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PROSPERI GINO. Sull'utilizzazione professionale degli invalidi del braccio. — Firenze, 1917.

VALLARDI CARLO. Della dissenteria da protozoi. — Napoli, 1917.

PRETI L. Su di una nuova siero-reazione della sifilide. — Milano, 1917.

GRANELLI AGOSTINO. Sull'applicazione dei metodi psico-fisici all'esame dei candidati all'aviazione militare. — Milano, 1917.

RANELLETTI ARISTIDE. La cinematografia su «la lotta sociale contro la tubercolosi». — Roma, 1917.

BOZZI FELICE. Influenza sul sistema circolatorio della navigazione aerea. Conferenza. — Rovigo, 1917.

COZZOLINO OLIMPIO. L'allattamento materno e la tesi di v. Bunge. — Napoli, 1917.

PIAZZA CESARE V. La ricerca del trinitrofenolo nel siero di sangue. — Palermo, 1917.

PIAZZA CESARE V. Sullo stato anafilattico. — Palermo, 1917.

REMEDI VITTORIO. Criteri direttivi della terapia moderna delle ferite da guerra. Conferenze. — Siena, 1917.

CAMBIASO ANGELO. Il Dispensario Antitubercolare della R. Clinica Medica di Genova. Relazione. — Genova, 1917.

BERRI LUIGI. Osservazioni cliniche su alcuni casi di ascessi acuti amicrobici. — Genova, 1917.

CHIADINI MASSIMO. La vaccinoterapia del tifo addominale. Conferenza. — Napoli, 1917.

POSTEMPSKI PAOLO. La campagna antimalarica compiuta dalla Croce Rossa italiana nell'Agro Romano e nelle Paludi Pontine nel 1916. Rapporto. — Roma, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La lotta contro la tubercolosi
La cura degli ex-militari.

Il 4 aprile u. s. fu emanato un decreto luogotenenziale portante provvedimenti a favore di militari riformati per tubercolosi pulmonare non aventi diritto alla assistenza dell'Opera nazionale ed ai quali viene assicurato il ricovero in appositi istituti di cura e un soccorso giornaliero, durante la loro degenza, per le proprie famiglie (vedi fasc. 16, pag. 383).

Sono state ora dal ministro dell'interno, presidente del Consiglio dei ministri, di concerto coi ministri della guerra, della marina e dell'assistenza militare, determinate le norme per la esecuzione del decreto luogotenenziale.

Questo nuovo atto del Governo, che illustra e chiarisce il nuovo orientamento della azione statale nella lotta alla tubercolosi, dà anche le direttive per la più larga e pronta attuazione dei principî sanciti dal decreto luogotenenziale, per guisa da assicurare ad essi quel maggiore rendimento profilattico, che valga a combattere efficacemente la diffusione del contagio che nel nostro, come in tutti gli altri paesi in conflitto, ha tratto dalla guerra maggior vigore ed alimento.

Un primo ordine di norme concerne l'ammissione al beneficio del contributo statale. Al qual riguardo è notevole la larghezza di interpretazione adottata in confronto degli ex-militari tubercolosi.

Essi hanno pieno diritto all'assistenza completamente gratuita anche se muniti di una relativa agiatezza, purchè il loro reddito annuo non superi le L. 2500. Sono tuttavia ammessi ai beneficî consentiti dal decreto, ma subordinatamente ad un loro concorso nella spesa, quelli che godono di un reddito superiore a L. 2500 ma inferiore a L. 4000.

Un secondo ordine di norme concerne gli istituti di cura. Fra le diverse disposizioni meritevoli di rilievo, è quella di far concorrere all'assistenza degli ex-militari tubercolosi non soltanto gli istituti civili, ma anche gli istituti militari, della Guerra, della Marina e della Croce Rossa. Sono tolte le barriere separatrici, ed è consacrato nella forma più alta il principio della solidarietà che accomuna, per il bene della collettività, tutti i mezzi e i congegni predisposti per questa forma di assistenza.

Un ultimo ordine di norme riguarda i Comitati provinciali antitubercolari da istituirsi in ciascuna provincia sotto la presidenza dei prefetti. A farne parte sono chiamati coloro che, per dovere di ufficio, per spirito filantropico o per convincimento di studio possano dare utilmente la propria collaborazione nel campo della lotta antitubercolare.

Vengono date quindi disposizioni pel funzionamento di questi Comitati, suggerendo la formazione, nel loro seno, di piccoli Sottocomitati per l'adempimento di speciali, determinati, compiti a seconda delle varie competenze personali che così potranno venire meglio utilizzate.

Le diverse associazioni ed opere antitubercolari esistenti che ora agiscono isolatamente, non di rado sovrapponendosi e disperdendo le proprie energie, potranno essere rappresentate nel Comitato provinciale, e trovare in esso un valido organo di ausilio e coordinamento, che ne associ, con unità di criteri, le iniziative, e le avvalori con l'efficace concorso degli uffici comunali e provinciali di sanità pubblica e con quello delle autorità sanitarie militari e delle Cattedre universitarie d'igiene.

Cronaca del movimento professionale.

Esercizio professionale dei medici stranieri.

L'Assemblea Generale dell'Ordine dei Medici della provincia di Porto Maurizio, dopo aver deliberato di radiare parecchi medici appartenenti a nazioni nemiche, considerando il grande contrasto esistente fra le disposizioni di legge che regolano in Italia e negli altri Stati l'ammissione dei Medici stranieri all'esercizio professionale; tenuto conto che la liberalità sancita in proposito dalla legge italiana viene in sostanza a diminuire il prestigio del nostro insegnamento universitario; ha fatto voti che venga soppresso l'art. 96 delle leggi — testo unico — sulla istruzione superiore (9 agosto 1910), e che vengano in sua vece sanzionate disposizioni le quali assoggettino i Medici stranieri appartenenti alle Nazioni che non hanno concessa la reciprocità ed aspiranti ad esercitare in Italia, a tutte le prove di esame richieste dalla legge e dai regolamenti speciali per il conseguimento della laurea in medicina presso le nostre Università; manda rassegnare questo voto ai Ministri dell'Interno e dell'Istruzione Pubblica, nonchè alla Commissione pei provvedimenti del dopo guerra.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7298) *Cura dei profughi - Vaccinazioni - Compenso al medico condotto.* — Dott. L. S. da S. — Anche volendo considerare i profughi, cui Ella accenna, come poveri di passaggio, giusta quanto ha ritenuto e dichiarato l'Ufficio superiore, non deriva da ciò la conseguenza che il medico condotto debba prestare loro gratuitamente la cura e l'assistenza sanitaria. L'art. 19 del regolamento generale sanitario dispone, infatti, che per tale categoria di persone provvede il Sindaco in via provvisoria, sentito il medico, salva l'approvazione della Giunta comunale. Dal che si deduce, che la prestazione non è gratuita e che il compenso, ammesso anche la lunga durata che assume il passaggio, deve essere fissato fra Sindaco, Giunta e sanitario, in pieno accordo. Nello stabilire tale compenso si potrà tener anche conto dello eccessivo numero di vaccinazioni praticate, che sorpassano indubbiamente l'obbligo normale del medico condotto.

(7299) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. G. G. da R. I. — L'amministrazione municipale può ben elevarle lo stipendio, che attualmente percepisce nella misura stabilita dal D. L. del 10 febbraio ultimo, e, cioè, in quella del 30 % come è per gli impiegati civili dello Stato. La G. P. A., cui il relativo deliberato sarà sottoposto per l'approvazione, non potrà muovere eccezione, perchè l'aumento stesso si mantiene nei limiti fissati come massimo dalla legge.

(7300) *Obblighi di servizio di medico consorziale - Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. S. P. da S. M. — Quando l'infermo si è effettivamente aggravato, la nuova straordinaria chiamata nel Comune consorziato può ritenersi di urgenza e non dà, quindi, luogo a compenso. Che se l'aggravamento non esiste e la famiglia chiama il medico in giorno straordinario per sua esclusiva tranquillità, riteniamo non dubbio che la relativa prestazione debba essere compensata a parte. Per le operazioni chirurgiche di piccola o di gran mole non crediamo che occorrano accessi straordinari perchè le relative medicazioni non si fanno quasi mai ad intervalli minori di due o tre giorni. Se tali medicazioni si richiedessero, senza vera necessità terapeutica, ad intervalli minori, occorre, a nostro avviso, pagare il medico che si reca sul posto ad eseguirle. In vista della oscitanza del Comune a corrisponderle il caro-viveri ed in vista del silenzio sinora serbato in proposito dalle autorità superiori competenti, La consiglieremmo di inoltrare reclamo al Ministero dell'Interno. Che se poi neanche tale mezzo sortirà l'effetto desiderato ed Ella abbia effettivamente diritto ad avere l'indennità in parola, può ben adire l'autorità giudiziaria. L'aumento di stipendio autorizzato dal D. L. del 10 febbraio ultimo deve essere deliberato dal Consiglio comunale, il quale deve anche specificare la misura in cui intende concederlo. La relativa deliberazione deve poi riportare l'approvazione della G. P. A.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 7382:

Essendo stato Ella sempre *indisponibile* non poteva, per tale ragione, conseguire promozioni.

Appena cessata la sua indisponibilità per eventuale ritiro di esonero, e richiamato sotto le armi, le verrebbe certamente conferitò il grado di capitano.

Nel caso di chiamata il Comune le darà probabilmente due mesi di stipendio, in analogia a quanto si fa per gli impiegati dello Stato.

Al dott. F. B. da C. T.:

La disposizione di cui tratta la circolare da Lei accennata concerne solo i militari di truppa.

Essendo Ella ufficiale non può esservi compreso.

All'abb. n. 4296:

Il Prefetto della Provincia deve richiederla e su tale base il Ministero della guerra penserà a sostituirla.

Occorre, quindi, che Ella faccia in modo che pervenga, al Ministero, la domanda dell'autorità provinciale suddetta.

All'abb. n. 4191:

L'esonero non è un vantaggio individuale che si possa accettare o rifiutare.

Vien conferito in seguito ai provati impegni professionali da una Commissione competente a vagliarli.

Circa il percepire i due stipendii, militare e civile, è chiaro che non è possibile!... (E la legge sulla incumulabilità?...)

Il decreto che riguarda i due mesi di stipendio agli impiegati richiamati concerne solo gli impiegati dello Stato, e può essere assai discutibile che un Ospedale civile vi si uniformi.

All'abb. n. 3790:

Durante un periodo di indisponibilità il Ministero non accorda promozioni. Ella potrà però esser subito promosso dati i 15 anni di compiuto esercizio professionale, non appena venga richiamato per eventuale cessazione di esonero.

All'abb. n. 3418:

I tenenti medici di complemento con anzianità 23 marzo 1916, *che si trovavano in zona di guerra,* sono stati promossi.

All'abb. n. 8400:

Per ora le promozioni dei tenenti medici effettivi aventi anzianità 1° maggio 1916, non sono state ancora iniziate.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Chirurgo venuto in Italia per servizio militare cerca posto come primario chirurgo in ospedale civile, con impegno di servizio limitato alla durata della guerra, in città media o alta Italia. Può offrire le migliori referenze scientifiche e sociali.

Scrivere: Soresi, Ospedale Cavour, Vercelli.

Medico-chirurgo giovane con numerosi titoli e referenze cerca buono interinato in paese marino.

Rivolgersi Ufficiale Sanitario di Giove (Umbria)

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il prof. cav. ALCIDE CRESPI, chirurgo primario in Orvieto, ha perduto, nell'età di soli 23 anni, suo figlio CESARE, studente del sesto anno di medicina, aspirante sottotenente medico, addetto ad un posto avanzato di medicazione in Carnia, ferito dalle scheggie di una granata, il 17 settembre 1916, e morto il giorno 8 ottobre successivo, nell'Ospedale da campo 064 a Feltre.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Calandra Eduardo, da Licata (Girgenti), capitano medico ospedale guerra n. . . . Croce Rossa Italiana. — Durante un bombardamento nemico, essendo stato ferito alla fronte e contuso in varie parti del corpo per lo scoppio di una granata e per il crollo di un reparto del suo ospedale, manteneva l'ordine e la calma nei malati e organizzava e guidava, con serenità e coraggio, una squadra di soccorso. — Ternova, 23 luglio 1916.

CARLO FORLANINI

Come dirò del mio Maestro, mentre l'animo è invaso dall'angoscia, mentre le lagrime fanno velo agli occhi? Mentre il sentimento affettuoso erompe fra le lagrime e vieta la possibilità di ragionamento? Ma forse che v'è bisogno di dire ai medici del merito scientifico del sommo estinto? Non è forse preferibile che attraverso il pianto degli allievi si senta la grandezza morale del Maestro che già fu ammirato per la grandezza scientifica? Chi questa non conosce? I suoi lavori sono gioielli di



pensiero e di fattura; sono composizione di un clinico e di un matematico; di un artista e di un filosofo. Egli mostrava negli scritti suoi quella genialità, quella austerità, quella purezza che era per Lui regola assoluta nella vita. Regola così assoluta da essere detta originalità: tanto l'austerità è rara da sembrare oramai quasi anormale chi di essa si fa un culto!

Era modesto eccessivamente, di una modestia tutta sua, direi di una modestia aristocratica. Rifuggiva il plauso delle moltitudini, fortemente godeva della lode di quanti egli stimava. Era un lottatore non un soverchiatore, desiderava raggiungere la meta perchè la meta era il bene ed il vero, desiderava vittoria per sè stessa non per il trionfo. Frequentò i congressi medici fin quando l'arringo scientifico significava combattimento, li disertò quando significarono raccolta certa del dovuto alloro. Allo stesso Congresso della tubercolosi del 1912 in Roma partecipò poichè credette che significasse lotta: forse non vi avrebbe preso parte se avesse presentito il trionfo: il Maestro ne fu quasi umiliato; non era avvezzo agli onori. Era stato misconosciuto per tanti anni!

Fu nel 1912 appunto che il suo pneumotorace artificiale si impose trionfalmente. Quale somma di lavoro, quali titubanze! Amante del vero e amante dell'ammalato quasi con religione, spesso il timore lo rattenne dall'intervento per non arrecare un possibile danno. Si domandano gli studiosi perchè mai tanto tempo trascorse dalla ideazione che fu nel 1882 alla diffusione larga che fu di due decenni più tardi: si cerchi la causa nel timore di danneggiare gli ammalati, e si veda il benefico risultato di questo amore sacro nel continuo modificarsi degli apparecchi da pneumotorace. E il metodo si diffuse, e ne desiderò la diffusione il Maestro quando potè con sicurezza asserire che gli strumenti erano oramai così perfetti da dare in mani perite la sicurezza dell'atto operativo.

Ed allora — quasi dolorosamente — assistè alla diffusione, direi alla volgarizzazione del metodo, spesso alla sua commercializzazione. Quale dolore per lui, quale per noi che abbiamo seguito il Professore nello studio, negli sconforti, negli entusiasmi!

Io non voglio dire del pneumotorace, noto ormai a tutti i medici: voglio rammentare altri suoi lavori, poichè talvolta mi sembra che quella costruzione per la sua altezza quasi metta in ombra, faccia scordare numerosi studî non meno profondi. E li voglio rammentare poichè a mio parere alcuni di essi sorpassano per genialità lo stesso lavoro sul pneumotorace. Chi non rammenta un ciclo di studî che iniziò con le «Note di opoterapia succenturiata» (studio poco citato e che segna invece la pietra miliare in argomento), continuò con il «Contributo allo studio della patogenesi della ipertensione arteriosa», e con lo studio dell'accesso uremico? E non è in questo periodo che l'ottimo allievo del Forlanini, il Riva-Rocci, ideò il suo sfigmomanometro? E fino a questi ultimi tempi, quando si iniziò lo studio della pressione minima, che altro si fece se non copiare senza citare quanto in poche pagine, meravigliose di concetto e di chiarezza, aveva scritto Forlanini? Non dirò dei lavori di aereoterapia svolti anche in numerose relazioni ai congressi di medicina; degli studî sul bagno di aria compressa, sugli apparati pneumatici, sulla spirometria.

Il Maestro accoppiava a genialità di intuito una rara abilità meccanica e perciò lo studio teorico era spesso accompagnato all'applicazione meccanoterapeutica. Fu definito il principe degli iatromeccanici, e il Maestro di questa definizione si compiaceva pur sapendo che essa toccava un solo lato della sua personalità clinica. E iatromecca-

nico pure è lo studio sulla ventosa del Jounod e quelli bellissimi sulla cura dei versamenti pleurici con introduzione di aria nella cavità pleurica, sulla cura dell'empiema con l'aspirazione del polmone. Sono di pura clinica i lavori svariati sulla tubercolosi, sulla espirazione intercisa, sul polso venoso che si intitola al suo nome, sulla eziologia e patogenesi dell'enfisema polmonare, quelli già citati sulla ipertensione arteriosa e sull'accesso uremico, per non dire di numerosi altri pure di notevole importanza. Non posso tutti citarli e nel tempo stesso mi pare irriverenza il non farlo poichè il Maestro non scrisse mai se non per utili asserzioni, e per insegnare delle verità ignorate.

Ma io ho trascurato i lavori giovanili del Maestro fatti al tempo in cui la intelligenza esuberante per poco non traviava il futuro clinico, facendolo vagare da un campo all'altro della Medicina. Forlanini fu allievo amato ed apprezzato di Quaglino e ne fanno testimonianza parecchi pregevoli lavori di oculistica, e fu poi Primario per le malattie cutanee all'Ospedale Maggiore di Milano. Qui amato ed ammirato rimase ben 13 anni, fin quando nel 1884 fu nominato Professore di propedeutica all'Università di Torino. Nell'anno 1898 passò a Pavia.

Parlando del mio Maestro ho fatto un cammino inverso, sono passato dalla vecchiaia alla gioventù, dagli ultimi lavori ai primi, e mi accorgo che la strada fu logica poichè coll'avanzare degli anni la potenza di lavoro in lui si venne aumentando: esempio di quanto valga la esperienza se accompagnata con la persistenza del pensiero elevato. E il Maestro fu fino all'ultimo sfavillante di pensiero.

Egli presentì la morte, l'accolse impavido, e dopo aver tutto predisposto l'attese. «Ed ora, figliuolo mio, ho tutto compiuto, lasciami morire» furono le ultime parole che mi disse.

Un solo grande dolore egli ebbe nell'attesa della morte: da studente aveva interrotto gli studi per accorrere nelle schiere garibaldine, e fu nelle Giudicarie, raggiunse Bezzecca; egli sperava vedere prima di morire l'Italia grande come l'aveva sognata quando per essa offerse la vita. Questa gioia lo raggiungerà nella tomba. Rammento il suo ultimo grande contento, la presa del monte, sacro a Battisti. Quanto sentiva l'Italia, quanto era orgoglioso di essere italiano questo puro genio italico. Di lui non si dirà che divenne grande frequentando Cliniche estere, ma che fu grande poichè era un intelletto italiano e sapeva italianamente pensare.

Tutti quanti intimamente lo conobbero, devotamente lo amarono. Quanti non poterono conoscerlo dovettero ammirarlo: la sua onestà scientifica e personale erano proverbiali: e proverbiali al punto di sembrare stranezza. La sua stessa figura sprigionava purezza, dominava, attirava.

Egli scrisse nel suo testamento: «Non voglio fiori, e assolutamente poi non voglio discorsi»: l'austerità e il silenzio che richiedeva in vita volle anche in morte.

Il mio Maestro non accumulò, non volle, non seppe accumular ricchezze: morì quasi povero! Beneficò gli umili in vita. Al suo funerale vidi molti umili piangenti. Quanta grandezza!

Prof. E. Morelli.

NOTIZIE DIVERSE

Il Congresso nazionale di pediatria

venne inaugurato la mattina del 3 corr., nell'aula massima dell'Ateneo romano, presenti il sottosegretario di Stato alla P. I. on. Roth, il medico provinciale prof. Badaloni, il rettore dell'Università prof. Tonelli, il presidente dell'Ordine dei medici dott. Ballerini, ecc.; v'intervennero numerosi cultori della pediatria delle varie città italiane.

Presiedeva il prof. Concetti, il quale tenne un elevato discorso inaugurale. Egli rilevò le tendenze sociali del Congresso e si compiacque del premuroso interessamento del ministro della P. I., il quale, auspice l'on. Roth, affidava al prof. Tedeschi l'incarico di studiare provvedimenti di legge che avessero di mira la coordinazione degli studi pediatrici con la protezione nazionale dell'infanzia, così da corrispondere alle più urgenti e reclamate esigenze della guerra e del dopo-guerra. L'on. Roth portò l'adesione del Governo. Assicurò che questo intende dare valido appoggio al disegno di legge che verrà elaborato dal Congresso e che sarà portato alla Camera. Tracciò il programma dei lavori che il Congresso è chiamato a compiere. Il prof. Modigliani comunicò le adesioni. Il prof. Tedeschi, relatore sul disegno di legge, lesse un elaborato studio, illustrando l'alto problema della protezione infantile e dimostrando che l'attuale scempio di vite, di forza e di salute è un delitto di lesa patria, il quale dev'essere redento; richiamò quanto si pratica in Germania dall'Istituto per la lotta contro la mortalità infantile ed espresse l'augurio che a noi valga d'incitamento la coscienza stessa della nostra civiltà.

Nella seduta pomeridiana il ministro della P. I., on. Berenini, che non aveva potuto partecipare all'inaugurazione, svolse il concetto che il grave problema della lotta contro la mortalità infantile potrà essere avviato ad una soluzione pratica mercè la propaganda fra le madri, fra gli educatori, fra i sanitari.

Il Congresso si è chiuso dopo due giorni di proficue discussioni. Ne daremo più ampia notizia nel prossimo numero.

La Sezione milanese dell'Unione dei medici.

Ad esecuzione del programma d'azione tracciato dal noto Convegno di Genova dell'Unione dei medici, il Consiglio della Sezione di Milano ha affidato ad alcuni colleghi l'incarico di occuparsi dei varî argomenti come segue:

Prof. Devoto, *Alimentazione, calmieri e consumi;*

Prof. Bertazzoli, *Rapporti coi medici alleati;*

Dott. Ronchetti e Dott. Zanoni, *Prodotti sanitari nazionali;*

Dott. Orioli, *Collaborazione della donna nel lavoro di resistenza.*

I quattro membri delegati dal Consiglio sono lasciati completamente liberi nella scelta dei mezzi e dei collaboratori.

Presenteranno poi al Consiglio le loro conclusioni pratiche.

Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Il Consiglio Superiore della C. N. I. ha deliberato l'aumento delle indennità massime per assicurazioni facoltative a favore di personale tecnico di dirigenza e sorveglianza di lavori e stabilimenti industriali, portando detti limiti a lire 60,000 e 72,000, rispettivamente per i casi di morte e di inabilità permanente totale.

Il Consiglio ha approvato un'elargizione di lire 20,000 a favore dell'istituendo *Sanatorio di profilassi antitubercolare* in Napoli, per l'impianto di due letti da servire ad operai infortunati assicurati all'Istituto.

I servizi sanitari italiani in Albania.

Un noto e autorevole viaggiatore inglese, Henry Savage Landor, dopo avere percorso la Grecia, la Macedonia e l'Albania, ha dichiarato che in Albania, nonostante i mezzi limitati di cui gl'italiani dispongono, l'organizzazione sanitaria è mirabile e si può considerarla superiore a quella di tutte le altre nazioni; essa è stata fra i più efficaci coefficienti di propaganda fra le popolazioni, che nei medici italiani hanno trovato la più affettuosa e cordiale assistenza.

Corso sull'autolesionismo.

Si è inaugurato presso gl'Istituti clinici di Milano un corso di conferenze sull'autolesionismo. Il corso, indetto dalla locale Direzione di Sanità militare, è stato aperto, dopo una presentazione dell'oratore fatta dal colonnello medico Piceni, direttore della Sanità militare, dal prof. Cesare Biondi, ordinario di medicina legale a Siena. Assisteva all'inaugurazione il colonnello medico Chavigny, illustrazione della scienza medico-legale in Francia. Il corso sarà proseguito dai proff. e dott. Besta, Denti, Bellotti, Moriani e Daccò.

Conferenza.

Il sen. Maragliano ha tenuto a Milano una conferenza sul servizio antitubercolare nell'Esercito. Vi assistevano 250 ufficiali medici.

Opera della Casa delle Madri.

Si è costituita a Cagliari per iniziativa del prof. Alfieri; ha già assicurato un capitale di lire 12,000.

Beneficenza.

Il comm. Cerino Zegna, sindaco di Trivero (Novara), defunto da poco, ha lasciato tre milioni per la fondazione a Biella di un grande istituto di carità, che dovrà chiamarsi «Casa della Divina Provvidenza» e seguire le orme della «Casa del Cottolengo di Torino».

Tristi condizioni degli italiani prigionieri.

Un nostro ufficiale medico prigioniero in Austria ha scritto al Sindaco di Milano, da un campo di concentramento, una interessante lettera, descrivendo le tristi condizioni dei nostri soldati prigionieri. Dalla lettera, pubblicata nel *Corriere della Sera* del 28 aprile, si apprendono notizie sui pasti dei prigionieri. Calcolato il numero di calorie corrispondente ai tre tipi abituali di pasto, si trovano rispettivamente cifre di 1267, 1412 o 1310 calorie, già insufficienti per un individuo in riposo, e tanto più per soldati costretti ad attendere per tutta la giornata a lavori assai faticosi. L'ufficiale denunzia pure la allarmante scarsezza dei medicinali messi a disposizione dei nostri medici che visitano e curano amorevolmente i soldati del loro gruppo; perciò chiede l'invio di pane ai soldati, e di medicinali alle installazioni ospedaliere site nei campi di concentramento. Il Comune di Milano ha già raccolto l'appello, che però meriterebbe di avere la più larga diffusione.

Condanna di due medici militari.

Il Tribunale militare di Alessandria ha condannato, per riforma e assegnazione militare di favore, il capitano medico dott. Leone Dolci alla destituzione e il capitano medico dott. Vincenzo Gambini a 7 mesi di carcere.

Vittima del dovere.

È morto di vaiuolo emorragico, contratto in un ospedale da campo, il dott. Giuseppe Zarri. Era nato a Bologna nel 1888 e vi si era laureato nel 1912; prestava servizio militare dal maggio 1916. Durante il servizio aveva anche superato l'ittero epidemico. Lascia nella desolazione un fratello e due sorelle, cui inviamo vivissime condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXV. Roma, 16 giugno 1918 Fasc. 24.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Iº REPARTO CHIRURGICO.
OSPEDALE MILITARE DI RISERVA DI BERGAMO.

Sindrome recurrenziale atipica da falso aneurisma della carotide - Intervento d'urgenza: legatura della carotide primitiva e della giugulare interna - Guarigione

per il dott. PIETRO GILBERTI, cap. med. assimilato, capo reparto e chirurgo dirigente dell'Ospedale civile di Clusone.

Riferisco volentieri sopra un caso d'aneurisma traumatico della carotide interna del lato destro prodotto da ferita d'arma da fuoco, essendo degno di speciale interesse, per la sintomatologia a carattere recurrenziale e per il decorso postoperativo che fu dei migliori nonostante ch'io, per ragioni speciali, abbia dovuto legare la carotide comune.

Storia clinica. — G... E..., di anni 23, celibe, del ... reggimento fanteria, da Cagliari. Entra in ospedale il 26 luglio 1917.

Il 20 dello stesso mese sul Carso riportò una ferita trasfossa nella metà destra del collo da palletta di shrapnel: forame d'entrata a livello dell'inserzione sternale del muscolo sternocleidomastoideo, forame d'uscita in prossimità della punta della apofisi mastoidea. La perdita di sangue al momento in cui il G... riportò la ferita fu assai lieve e quasi nullo il dolore. Egli venne tosto ricoverato nell'ospedaletto da campo 035 dove fu medicato ed antitetanizzato. Dalla cartella clinica che lo accompagna a questo ospedale non risulta formazione d'aneuri-

sma: la diagnosi è semplicemente così formulata: ferita d'arma da fuoco a canale completo al collo.

Esame obbiettivo. — Individuo sano e robusto: nulla nel gentilizio e nulla nell'anamnesi remota: normali l'apparato gastroenterico, il sistema nervoso e quello linfatico ghiandolare; fegato e milza nei limiti normali. Esistono invece tachicardia (98 pulsazioni, temperatura normale 36°.8) e dispnea non sempre d'uguale intensità, ma ad accessi.

In prossimità del giugolo e precisamente appena all'interno del tendine sternale del m. sternocleidomastoideo di destra, notasi una piccola ferita rotondeggiante, ricoperta di crosta, non circondata da alcuna reazione dei tessuti vicini, indolente e regolare: è il foro d'ingresso della palletta di shrapnel, il foro d'uscita presenta gli stessi caratteri sebbene di dimensioni più ridotte ed è a livello dell'inserzione mastoidea dello stesso muscolo.

La regione laterale destra del collo è deformata dalla presenza di una tumefazione a limiti non ben definiti, delle dimensioni e della forma di una comune mèla (fig. 1). Il laringe è spostato a sinistra della linea mediana ed esistono fatti compressivi sul faringe e sul tratto laringotracheale. L'A. presenta inoltre disfagia, dispnea inspiratoria con rantoli, diplofonica e cianosi del viso.



Fig. 1.

Colla palpazione si rileva che la tumefazione è molle, depressibile, pulsante con sollevamento ritmico e sincrono col polso della carotide del lato opposto.

Tentando di afferrare colla mano la tumefazione in massa, riesce facile rilevare il carattere dell'espansione. L'enorme diffusione non permette punto di ricercare e tanto meno quindi di percepire il polso sulla carotide comune. È percepibile ad intervalli invece sulla temporale. L'ispezione del cavo orofaringeo mette in evidenza la paralisi del velopendolo nella sua metà destra e la punta della lingua è rivolta dal lato della tumefazione. Non avverto nessuna alterazione della pronuncia, l'a. soltanto dice di sentire inceppata la lingua per alcune parole come ad esempio: *tranquillo, stirare*, ecc. Vi è paralisi della corda vocale destra e coll'esplorazione digitale del faringe si confermano i caratteri di pulsabilità e di espansività già rilevati coll'esame esterno della tumefazione e da questa ivi trasmessi. Formulo quindi la diagnosi generica di falso aneurisma del collo.

*
* *

Nel pomeriggio del giorno 30 per un rapido aggravamento dei fatti compressivi intervengo d'urgenza assistito dal collega dott. Vincenzo Cacciamali e presenti parecchi ufficiali medici dell'ospedale.

Il piano operativo che mi sono prefisso è il seguente: Preparazione metodica, per quanto è possibile, della regione, coll'intento di effettuare l'emostasi provvisoria sul tratto inferiore della carotide comune, per incidere, svuotare e detergere la sacca pulsante e, ricercato il punto della lesione vasale a seconda che trovasi a monte o a valle della biforcazione della carotide primitiva, rimuovere l'emostasi provvisoria, previa legatura definitiva di uno dei rami di biforcazione eventualmente lesi, o renderla definitiva sul tronco comune qualora sia questo il tratto vasale interessato dalla ferita.

Atto operativo. 30 luglio 1917. — Morfiocloroformionarcosi. Incisione metodica sulla regione carotidea destra.

Appena divisi i fasci obliqui del muscolo pellicciaio debbo staccarmi dal piano prefissomi, poichè la preparazione anatomica della regione è impossibile anche parzialmente senza aprire la vasta sacca pulsante la cui parete antero-laterale è costituita appunto dagli elementi muscoloaponeurotici della regione. Decido perciò di aprire rapidamente la sacca, di svuotarla dei coaguli e sulla guida d'un'emorragia che naturalmente prevedo imponente, raggiungere la lesione vasale.

Richiamata l'attenzione di chi direttamente mi assiste sull'emozionante tempo operativo che sto per compiere, colla massima rapidità e non curando per un momento l'emorragia arteriosa che impressiona gli astanti, riesco ad effettuare il mio piano: Incisione ampia della sacca, svuotamento rapidissimo dei coaguli che sono abbastanza numerosi, ed iniziati tosto i tentativi diretti ad afferrare il vaso nel punto da cui scaturisce il getto sanguigno, faccio cadere cinque pinze emostatiche tutte sopra un punto prossimo all'osso ioide, per il che l'emorragia si arresta. Tutto ciò si svolge rapidamente e senza alcun inconveniente preoccupante, tenendomi pronto tuttavia a comprimere la carotide comune in basso dove ora si è resa evidente per la scomparsa della tumefazione. Quest'ultima manovra però non fu necessaria; se mai si fosse imposta avrebbe avuto lo scopo evidente di concedermi un piccolo getto arterioso ad intervalli, per la ricerca del tratto lacerato, con relativa calma, ma a mio giudizio

con probabilità di una maggiore perdita di sangue. Io reputo infatti che il getto unico ch'io ho voluto affrontare mi ha dato un'emorragia per quantità inferiore a quella che avrei potuto avere col getto ad intervallo, sebbene di effetto sia stato in apparenza più imponente.

Compiuto questa prima parte dell'atto operativo, con animo più tranquillo, passo alla preparazione della regione carotidea che finalmente è possibile.

Messo a nudo il tratto comune della carotide, rilevo la lesione vasale, la quale è precisamente in corrispondenza della biforcazione della carotide primitiva a carico in parte anche della carotide interna. Le pinze emostatiche avevano fatto presa quasi tutte a valle di questo punto.



Fig. 2.

Potendo ritornare così al piano primitivo prefissomi, vado con prudenza preparando la carotide comune e la giugulare in mezzo a tessuti infiltrati di sangue e spostati nei loro rapporti anatomici: vi riesco infatti abbastanza bene, tanto da poter piazzare rispettivamente un doppio laccio sui due vasi ed un unico laccio sulla carotide interna appena al di sopra della sua lacerazione, onde evitare anche la eventuale fuoriuscita di sangue refluo dei vasi con questo anastomizzati. Completata inoltre anche l'emostasi dei piccoli vasi, suturo i due terzi superiori della vasta ferita, lasciandola aperta in basso per l'applicazione di un drenaggio lungo e sottile che la occupi interamente. Durante l'atto operativo non ebbi a lamentare nessun inconveniente, la narcosi non fu mai interrotta, ebbi però cura che fosse piuttosto leggera per non aumentare i pericoli della compressione laringo-tracheale. Il decorso post-operatorio fu soddisfacente: levato lo zaffo dopo 48 ore, non trovai più la necessità di rimetterlo: levai i punti in ottava giornata e la ferita apparve cicatrizzata quasi completamente residuando appena una lievissima scontinuità in basso, là dove fu insinuato il drenaggio. La figura 2 riproduce perfettamente lo stato dell'operato dopo 12 giorni dall'intervento.

I fatti di compressione laringo-tracheale cessarono del tutto dopo 60 ore circa dall'operazione nonostante che il laringe si portasse sulla linea mediana appena dieci o dodici giorni dopo. La paresi del velopendolo e della corda vocale di destra scomparvero dopo due settimane, non così per quanto si riferisce alla lingua poichè alla distanza di due mesi, epoca in cui l'a. veniva inviato in licenza di convalescenza, la punta di essa si volgeva ancora leggermente a destra. Per i primi due giorni ancora durarono la tachicardia e la dispnea ed una tosse quasi convulsiva ad accessi abbastanza frequenti; poi tutto rientrò nel normale.

Per il brusco mutamento del circolo cerebrale dovuto alla legatura della carotide comune non vi fu che una specie di *assenza* durante le medicazioni dei primi tre giorni, fatto che ebbe come caratteristica di essere fugace senza essere accompagnato da convulsioni.

***

In chirurgia di guerra fra gli interventi più importanti vanno annoverati anche quelli che si eseguiscono per le lesioni dei vasi sanguigni. Sono importanti per la frequenza con cui tali lesioni si presentano dopo l'introduzione dei proiettili cilindro-conici di calibro assai piccolo e per l'esito che allorquando riesce, il che non è punto infrequente, è davvero brillante, poichè il ferito viene tosto sottratto ai pericoli di una morte improvvisa e rimesso nelle migliori condizioni rispetto al vigore delle proprie forze, a meno che per disgrazia, speciali esigenze del caso abbiano costretto il chirurgo a compiere un atto demolitore di tutto un arto o di parte di esso.

Le lesioni vasali vengono specialmente prodotte dai nuovi proiettili di fucile in virtù della loro velocità e del loro piccolo calibro, onde restano vinte l'elasticità e la spostabilità dei vasi che in altri tempi erano condizioni sufficienti a salvarli dall'azione del proiettile. Se per queste ragioni le lesioni vasali sono dunque oggi più frequenti cadono anche più frequentemente in mano del chirurgo. Le lesioni dei vasi infatti una volta erano causa di emorragie primitivamente mortali perchè trovavansi in seno a ferite piuttosto ampie prodotte da proiettili più voluminosi e meno veloci. Oggi che i piccoli proiettili moderni producono le ferite trasfosse a canale dirò così virtuale, se anche ledono più facilmente il vaso, permettono però che l'emorragia venga contenuta nei tessuti e che si formi pure un ematoma destinato a diventar pulsante ed a costituire il falso aneurisma, mentre il ferito intanto sopravvive lasciando tempo e possibilità al chirurgo di intervenire. Nel mio caso

la lesione era dovuta invece a palletta di shrapnel, perciò esso entra nel numero dei meno frequenti. Mi piacerebbe anzi di prendere motivo dall'illustrazione di questo caso per riassumere i concetti moderni sul capitolo delle ferite dei grandi vasi, ma uscirei dall'indole del presente lavoro.

Rinunciò perciò alle considerazioni generali, rimandando per questo alla pregevole memoria del Chiasserini (*Clinica chirurgica*, n. 2, 1916) e vengo senz'altro a quelle speciali del caso.

***

La lesione riportata dal mio operato va preferibilmente chiamata col nome di ematoma pulsante anzichè con quello di falso aneurisma diffuso o traumatico, poichè nessuno di questi risponde in modo più adatto al duplice concetto anatomo-patologico e chirurgico della lesione.

***

Dalla sintomatologia descritta nella storia clinica del mio caso risalta un fatto di massimo interesse: la paralisi del ricorrente accompagnata da quella dell'ipoglosso unitamente alla disfagia per la paralisi omolaterale del velopendolo.

La laringologia insegna che quando colla paralisi del laringeo inferiore esistono lesioni nel distretto di altri territori nervosi, l'assieme di tali fatti si suol chiamare con termine clinico «sindrome recurrenziale» nell'evidente intendimento che qualunque sia la lesione dei diversi gruppi paralizzati non deve mai mancare la paralisi del ricorrente. Perciò questa ultima deve essere considerata quale sintomo necessario, costante e fondamentale perchè si possa parlare di una sindrome recurrenziale la cui creazione è dovuta alla molteplicità delle combinazioni che possono presentarsi alla osservazione clinica e che accompagnano sotto forma di nevriti di altri rami nervosi la paralisi del laringeo inferiore. Il Tanturri che chiama tali sindromi assai giustamente col nome di *combinate* le divide in tipiche ed atipiche.

***

Il mio caso appartiene alle forme atipiche: esso si avvicina o per meglio dire sta fra le due note sindromi di Avellis e di Unghlings-Jakson (1): differisce dalla prima perchè vi è in più la paralisi dell'ipoglosso; differisce dalla seconda perchè manca la paralisi dei muscoli della spalla. Va perciò ascritto alle sindromi delle forme atipiche che possono subire diverse modificazioni raggiungendo la massima gravità quando è contemporaneamente leso il simpatico. Ed infatti esiste una sindrome recurrenziale atipica di massimo grado in cui la paralisi fondamentale è accompagnata dalla emiplegia faringo-laringea in unione colla paralisi dei singoli nervi (VII-VIII-VI-III) a cui si aggiungono la diminuzione delle rime palpebrali, la miosi, la tosse abbaiante, la tachicardia ecc.; e questa è la sindrome di Escat.

Vi sono poi altre forme con diverse combinazioni che vanno riferite a cause centrali, tumori cerebrali, paralisi bulbari apoplettiformi, embolia dell'arterie cerebrali, tabe, sifilide, ecc. Le cause periferiche sono i tumori del faringe e dell'esofago, le adenopatie ed i linfosarcomi della regione laterale del collo e finalmente gli aneurismi primitivi e traumatici della carotide. Per l'esistenza di questi indipendentemente affatto dal loro volume, ma piuttosto per ragioni di sede e di vicinanza al vago, può essere esercitata una compressione sulla porzione cervicale di esso che decorre appunto nello spazio angolare posteriore formato dall'addossamento della vena giugulare interna alla carotide interna prolungata in basso dalla carotide primitiva.

Nel mio caso la compressione fu esercitata sul vago e quindi sul ricorrente o su quest'ultimo isolatamente? Osservando che l'ematoma pulsante ebbe la sua orgine dalla lesione della carotide interna la quale è a ridosso del pneumogastrico prima che da questo si distacchi il laringeo, devesi supporre una compressione primitiva del vago nel suo tratto cervicale: a favore di questa ipotesi stanno la dispnea e la tachicardia. D'altra parte tenendo conto che il volume del falso aneurisma era tale da raggiungere la parte superiore del torace e che colla sua tensione sarà giunto al massimo dei suo effetti sui tessuti ed organi vicini proprio allora quando il suo volume avrà raggiunto il limite massimo, dovrei credere anche alla possibilità di una compressione diretta sul laringeo ricorrente che staccasi dal vago a livello appunto della parte superiore del torace.

Di assoluta importanza è la paralisi della corda vocale, quindi l'elemento laringeo esiste come fondamento meccanico e costante della sindrome recurrenziale.

Esistevano nel mio caso la paralisi di altri due nervi: quella omolaterale del velopendolo e quella della lingua.

(1) Sindrome di Avellis. *Paralisi della corda vocale e del velopendolo omolaterale.* — Sindrome di Unghlings-Jakson. *Paralisi della corda vocale del velopendolo dei muscoli della spalla e della lingua.*

A riguardo delle paralisi del velopendolo mi preme tosto di far rilevare un fatto di grande importanza anatomica. Fino a non molto tempo fa era cognizione comune che il palato molle fosse innervato dal facciale per l'intermezzo del ganglio sfeno-palatino ed in parte dal trigemino per mezzo del ganglio otico, ma dopo le importanti osservazioni di Beevor e di Horsbey si propende a credere che esso sia innervato da un ramo che viene precisamente dal vago. Ciò varrebbe nel mio caso a farmi ammettere che la compressione dell'ematoma pulsante si sia esercitata anche solo sulla porzione cervicale del pneumogastrico e non simultaneamente (il che è più difficile) sopra i due distinti rami che dal vago si distaccano per dirigersi ad innervare la corda vocale ed il velopendolo, contemporaneamente paralizzati.

La paralisi dell'ipoglosso sta pure a conferma di questa supposizione. La sua persistenza anche dopo la scomparsa delle altre paralisi fa ritenere che il falso aneurisma ricordando la sede del nervo abbia esercitata una forte compressione in alto più che in basso.

Dalla storia clinica risulta come la dispnea e la tosse, lo spostamento del laringe, l'alterazione della voce e la disfagia siano scomparsi in un tempo più o meno breve dall'intervento, mentre due mesi dopo permaneva ancora la deviazione della punta linguale verso il lato ammalato.

Questo fatto va forse ascritto ad una maggiore intensità di compressione esercitata dal sacco aneurismatico in alto sull'ansa dell'ipoglosso? Bisognerebbe anzi supporre che tale compressione oltre che essere quivi più intensa, vi si sia anche iniziata, poichè è noto come l'ansa dell'ipoglosso per un certo tratto del suo decorso discendente sia collocata a ridosso della carotide interna la quale nel mio caso presentava appunto la lesione vasale originaria dell'ematoma pulsante. È lecito quindi ritenere che l'intensità della compressione da un lato e la maggior durata di essa abbiano prodotto una nevrite secondaria semplice.

Questa lesione è frequentemente causata da fatti meccanici sui nervi periferici in tutte le malattie dei tessuti che li circondano: fratture, lussazioni, carie ossea, tumori, aneurismi, ascessi, processi infiammatorî in genere.

Per quanto in tali casi non si debba parlare di infiammazione parenchimatosa, ma solo di una leggera alterazione flogistica della guaina nervosa o del connettivo interstiziale del nervo, vi può essere ugualmente uno stato paralitico a carattere durevole, dovuto ad una sclerosi perineuritica che si stabilisce col tempo, alla quale fa seguito la endonevrite prodotta dalla penetrazione di setti sclerotici nello spessore del nervo.

Accanto però a questo processo distruttivo può conservarsi qualche fibra sana onde, sebben di rado, è possibile un miglioramento, se non la guarigione.

***

Ed ora due parole nei riguardi del decorso postoperativo. Prendo innanzi tutto in considerazione la legatura della carotide comune, come fatto importantissimo da cui potevo attendermi effetti impressionanti. Procedendo per via di probabilità e di frequenza, la legatura della carotide comune espone a due pericoli gravi: alla formazione di una trombosi in loco ed alla repentina anemizzazione del cervello. È ben vero che in molti casi si forma in tempo utile un circolo collaterale, ma in altri casi ciò non si verifica e gli esiti dell'operazione riescono allora di massima gravità. È quindi necessario che vi siano sufficienti anastomosi nei rami periferici del vaso e che questi abbiano come caratteristica la facilità ad ampliarsi.

Nel mio caso che è decorso in modo piuttosto tranquillo, debbono essersi verificate queste condizioni. Allorchè io, coll'allacciatura del tronco comune carotideo, esclusi dal circolo il territorio cerebrale destro, questo dev'essersi necessariamente mantenuto in condizioni di bastevole irrorazione sanguigna mediante il sangue della carotide dell'altro lato attraverso la comunicante anteriore, e dell'arteria vertebrale attraverso la comunicante posteriore. Vi può essere stata altresì un'altra via d'irrorazione supplementare o vicaria in virtù del possibile reflusso del sangue oltre il vaso legato a mezzo delle anastomosi colla carotide esterna e di questa coi vasi del lato opposto.

Debbo perciò ammettere che il circolo del Willis e le arterie comunicanti non mancarono del loro regolare sviluppo, e che un coefficiente di alto grado è stato rappresentato dal fatto che trattavasi di soggetto giovane in cui vi era anamnesi perfettamente negativa anche per quelle malattie ereditarie od acquisite che sogliono togliere l'elasticità dei vasi indispensabile per la loro opportuna amplificazione.

Un altro pericolo per la legatura della carotide è rappresentato dalla ipotensione sanguigna a seguito di rilevanti emorragie.

Nel soldato G... ciò non poteva preoccuparmi; l'ematoma pulsante e l'emorragia ch'io ho affrontato a bella posta, come accennai nella

descrizione dell'atto operativo, non potevano certamente diminuire sensibilmente la pressione del sangue e lo stato normale di ripienezza vasale.

Ma a rendere sempre meno gravi le possibili conseguenze della improvvisa chiusura della carotide, credo sia valso molto nel caso mio il periodo d'attesa, poichè durante questo tempo la stessa sacca dell'ematoma pulsante comprimendo sul vaso deve aver favorito in qualche modo la formazione del circolo collaterale.

Purtroppo nei singoli casi non è lecito al chirurgo stabilire a priori se si formerà o meno un circolo collaterale sufficiente, perciò la prognosi della legatura dev'essere sempre riservata.

Ho accennato nella storia clinica a qualche lieve disturbo del sensorio apparso nel mio operato durante le prime medicazioni fatte, per comodità dell'ammalato, seduto sul letto. Questi fatti dovrebbero forse deporre per un ritardo di formazione del circolo collaterale o meglio dovrebbero invece rappresentare dei turbamenti di circolo dovuti piuttosto alla stazione eretta in individuo nel quale da poco si era stabilito un circolo collaterale?

Propenderei per quest'ultima ipotesi supponendo che se così non fosse il soldato G... avrebbe dovuto soffrire gli stessi disturbi anche in posizione supina e magari di maggiore intensità fino a raggiungere lo stato convulsivo attraverso la cefalea, le vertigini, il deliquio, ecc.

***

Il mio caso è, dunque, fra i fortunati, in cui si deve ammettere la coesistenza delle varie condizioni favorevoli alla sufficiente irrorazione sanguigna dell'emisfero centrale corrispondente all'arteria repentinamente occlusa dal laccio definitivo.

Qualora la morte sia l'esito di queste operazioni, la causa di essa è quasi sempre rappresentata dal rammollimento cerebrale il quale si può presentare sotto le due distinte forme di necrosi ischemica e di rammollimento emorragico rosso o giallo. Il rammollimento bianco è segno di anemia assoluta del territorio rammollito; il rammollimento rosso o giallo si verifica invece a seguito di stasi venose per disturbi di circolo.

Per evitare questa evenienza io ho praticato contemporaneamente alla legatura della carotide anche quella della giugulare.

Con tale osservazione intendo di portare il mio modesto contributo alla teoria del Ceci.

Egli nel 1904 stabilì che era opportuno in caso di allacciatura della carotide primitiva, allo scopo di evitare disturbi di circolo nel cervello, di legare subito dopo anche la vena giugulare interna.

Così si costituisce un circolo ridotto determinandosi un certo equilibrio nel circolo cerebrale in modo che se l'afflusso arterioso ed il ristabilirsi del circolo collaterale dovessero essere per avventura difficili e deficienti, l'ostacolo al deflusso venoso riesce efficace a creare un circolo ridotto, ma sufficiente.

Il Ceci estese la sua proposta anche ad altre arterie generalizzando in tal modo il metodo. Si deve quindi al genio di un italiano la scoperta del metodo: all'Oppel ed alla sua scuola non resta che il vanto d'aver condotto con diligenza le prove sperimentali sull'importanza delle vene nella sostituzione del circolo arterioso collaterale, precisando il meccanismo con cui suol agire la legatura venosa.

***

Altri italiani, il Nanetti ed il Fiori, si sono occupati sperimentalmente dell'argomento.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DA CAMPO N. 230 — ZONA DI GUERRA.

Sulla terapia della malaria.

Dott. GIANNELLI DOMENICO,
tenente medico, capo IV reparto

La guerra ci ha messo sotto gli occhi questo problema in un modo del tutto particolare. I soldati malarici spesso non tornano più alle trincee o se tornano riedono per poco per tornare ancora una volta a fare un ciclo vizioso: ospedali da campo, ospedali contumaciali, ospedali territoriali, convalescenza; e poi nuovamente ospedali territoriali e convalescenza e così via di seguito.

« *Il soldato malarico non guarisce* ». — Questa che sembra un'asserzione assurda è purtroppo vera, dolorosa. Esamineremo in breve le cause.

Il soldato si ammala di malaria sulle rive dei fiumi del Veneto, sulle rive del basso Adriatico (Puglia e Albania), in Macedonia. Il malarico riconosciuto dal medico reggimentale viene subito, e spesso anche tardi, mandato in ospedaletti e ospedali da campo. Qui il malarico si ferma per parecchi giorni e qui riceve le prime cure: iniezioni di chinino fatte in occasione degli accessi per troncarli, ma spesso senza concezione esatta di una cura be-

ne preordinata; similmente avviene delle cure per os. Contro di queste si mette facilmente la scarsa volontà di guarire del soldato.

Dopo quattro o cinque giorni di sosta in tali ospedali, sia perchè la febbre non è domata, sia perchè l'ammalato è deperito ed oligoemico, sia perchè persiste un discreto tumore di milza, il malarico viene inviato in un altro ospedale. E questo può essere un ospedale contumaciale o un ospedale territoriale.

Durante il viaggio la cura è sospesa e viene ripresa con due o tre giorni di ritardo nell'ospedale d'arrivo. E in questo, se per sfortuna dell'ammalato è un ospedale contumaciale, la cura ripresa viene ancora una volta sospesa, perchè l'ammalato viene ancora una volta inviato in un altro ospedale, l'ospedale territoriale dove ha inizio il periodo vero di cura dei malarici.

E questo periodo di cura è breve: scomparsa la febbre, migliorate appena le condizioni trofiche dell'ammalato, questi viene inviato in convalescenza per 30-40-60 giorni; passati i quali torna al proprio corpo, dove ai primi strapazzi la forma malarica esplode nuovamente (e il ciclo ospitaliero si ripete) se pure, come avviene spesso, il malarico in convalescenza è ricoverato nell'ospedale militare più vicino per avere, dopo una ventina di giorni di cura, una nuova convalescenza.

Ora, domando io, quale garanzia di guarigione può dare una cura antimalarica fatta a questo modo? Tutti sanno che « la produzione degli anti-corpi nelle malattie protozoarie è scarsa, che il potere di adattamento, rispetto ai poteri difensivi organici, dei protozoi è alto; tutti sanno ancora che « *i protozoi possono adattarsi all'azione di sostanze chimiche parassiticide* » e in ispecial modo questo assioma è evidente nella malaria.

Ora come si curano i malarici? Dando loro a dosi frazionate, per bocca o per iniezioni sottocutanee, un grammo di chinino, giorni sì e giorni no, senza alcuna regola fissa; perchè il medico in un ospedale di prima linea, dove lo sgombero degli ammalati s'impone più di qualsiasi altra cosa, non può avere il tempo di precisare il ciclo della febbre e di stabilire la cura chininica razionale, anche perchè spesso trattandosi di febbri malariche inveterate queste non hanno più il ciclo normale (di terzana, terzana doppia, quartana, ecc.) e alcune volte arrivano a dare accessi febbrili tipici ogni 6-7 giorni.

Nella prima quindicina di febbre dunque il malarico prende del chinino, e non per colpa del medico ma per un complesso di cose che s'impongono (sgombero, affollamento di feriti durante le azioni, febbri malariche acicliche, ecc.), in dosi insufficienti, in modo errato.

E cosa si constata negli ospedali contumaciali e territoriali? Che le curve termiche malariche vengono appena modificate dalle iniezioni sottocutanee di chinino, per nulla o quasi dal chinino preso per bocca, che si esauriscono a poco a poco, sembrano scomparse e poi tornano fiorenti ad esplodere non appena il malarico viene sottoposto a strapazzi e fatiche.

E tutto ciò può essere evitato, secondo le mie osservazioni, mediante un metodo di cura semplice e razionale che esporrò in breve:

a) Il soldato malarico dovrebbe essere ricoverato in luoghi di cura speciali *Sanatori malarici* messi a poca distanza dalle fonti d'infezione, in luoghi sani, preferibilmente in collina.

b) Nei Sanatori malarici è preferibile che la cura venga fatta nel seguente modo: accertata bene la diagnosi clinicamente e batteriologicamente l'ammalato venga sottoposto senz'altro e all'inizio dell'accesso febbrile a *una iniezione endovenosa* di gr. 1,25 di chinina della seguente soluzione: *bicloridrato di chinina e soluzione fisiologica isotonica ana gr.* 10.

Questa è la cura specifica, la *therapia sterilisans.*

La dose di chinino viene data in una sol volta nel sangue dove trova gli ematozoi non ancora adattati all'azione del chinino e li distrugge tutti d'un colpo. L'accesso febbrile scompare senz'altro; la febbre dura ancora per poche ore, poi cade per crisi e non torna più.

Questa cura è stata fatta da me prima nell'Ospedale contumaciale V. E. III a Pordenone, poi nell'Ospedale da Campo 230 e non ha mai dato luogo ad incidenti di sorta. (In tutte le iniezioni endovenose fatte non ho avuto mai a rilevare alcun fatto che potesse destare preoccupazioni di sorta. Appena fatta l'iniezione l'ammalato sente un gran caldo per tutto il corpo, si mostra irrequieto, ha senso di secchezza alle fauci e tossisce alquanto; qualche volta ha cefalea, qualche volta ancora, se ha mangiato da poco, ha vomito; il polso non viene modificato per nulla. Questi lievi disturbi cessano subito).

Con tale metodo sono stati curati sia malarici di data recente come malarici di parecchi anni, febbri inveterate contratte in Albania, in Macedonia, in Puglia, sull'Isonzo; ed il risultato è stato sempre lo stesso e se la scomparsa dell'accesso febbrile non s'è avuta alla prima iniezione, si è avuta invariabilmente alla seconda.

Troncato l'accesso con una sola iniezione, ra-

ramente con due, l'ammalato migliora sensibilmente: il trofismo torna normale, l'oligoemia scompare in pochi giorni, la milza incomincia a ridursi.

I casi da me trattati in tal modo li ho tenuti, per parecchi giorni ancora in ospedale per controllare la scomparsa completa della febbre e poi li ho mandati via.

Non ho potuto seguire per parecchi mesi la loro vita in modo da essere sicuro che tali individui sottoposti a strapazzi e cause deprimenti non venissero più colti da accessi febbrili. Ma il risultato era pur sempre notevolissimo.

Tutto ciò che ho esposto non è una novità; le iniezioni endovenose di chinino nei malarici vengono fatte nelle cliniche, ma sono rimaste il santuario di pochi e tutti i medici pratici hanno un sacro terrore delle iniezioni endovenose in genere. E io vorrei che tali iniezioni divenissero dominio di tutti e che il malarico non venisse sottoposto ad una cura chininica prima di essere ricoverato nei « Sanatori malarici » e insisto su questa ultima idea perchè non vi è nessuno che non veda l'utilità grande di poter avere questa gran massa di gente guarita subito e pronta a tornare alla fronte per essere d'aiuto alla patria e non di danno come lo è attualmente.

Chi sa quanto costa allo Stato un malarico dato il suo peregrinamento per i vari ospedali d'Italia e la sua prolungata degenza negli stessi!?...

d) Scomparso l'accesso febbrile il malarico può essere sottoposto a cura chimica arsenico-ferruginosa e dietetica ricostituente.

E riassumo: i casi da me curati con le iniezioni endovenose di chinino sono stati una ventina. In tutti era evidente la forma malarica clinica per il decorso della febbre, tipica per l'accesso febbrile (con brividi di freddo iniziali, calore, caduta della febbre dopo parecchie ore per crisi con abbondanti sudori) e per il ciclo (quotidiane, terzane, terzane doppie ecc.); per il colorito giallo-terreo nei casi che datavano da sei mesi, normale o appena pallido in quelli di data recente; per la milza invariabilmente ingrossata, debordante sempre dall'arcata costale, dura.

In uno solo mancava la splenomegalia quantunque il ciclo e gli accessi febbrili fossero tipici, e l'esame microscopico avesse dato responso positivo.

In quattordici dei casi curati ho avuto agio di fare l'esame microscopico con la colorazione doppia: soluzione acquosa semisatura di bleu di metilene e soluz. alcoolica di eosina (2 %) ed è stato costantemente positivo.

Ho potuto notare che le *forme malariche recenti* (quotidiane, terzane, terzane doppie ecc.) guariscono con una sola iniezione endovenosa (ciò che mi fa sempre più insistere sul fatto che dato l'adattarsi dell'ematozoo della malaria all'azione del chinino la chemioterapia deve essere fatta sempre in modo razionale tanto che l'infezione venga domata in breve e completamente); di dieci casi non uno solo ha dato luogo al rinnovarsi dell'accesso febbrile sebbene quasi in tutti la febbre fosse altissima (39.9-41.2); che quelle *inveterate* sono meno facili a essere debellate: su dodici casi infatti in quattro ho dovuto fare una seconda iniezione endovenosa di chinino.

Sono pure resistenti le *forme acicliche* (chiamo acicliche quelle forme in cui la febbre, tipica per l'accesso febbrile, non presenta alcun tipo ciclico noto (quotidiane, terzane ecc.) e assale l'infermo ogni 6-7-10 giorni: di due forme curate in una ho dovuto fare due iniezioni endovenose di chinino (forse dipenderà anche dal fatto che le febbri acicliche datano sempre da lungo tempo).

(8)

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Estrofia della vescica e suo trattamento.

(CHARLES H. MAYO. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 22 dicembre 1917).

L'estrofia della vescica è una malformazione congenita rara: una volta su 50,000 nati, secondo Neudörfer. Essa è probabilmente in dipendenza di modificazioni dei sali nel liquido amniotico. Ed è una delle più gravi malformazioni, perchè di coloro che ne soffrono circa una metà muore prima dei 10 anni, e la grande maggioranza prima dei 40 anni. Vizî di formazione ad essa associati sono: l'epispadia nel maschio, l'assenza del corpo del pube in tutti i casi; e una apparente mancanza dell'ombelico che diviene il bordo superiore del margine cutaneo mucoso, l'uraco essendo assente: la mancanza dell'arco pubico rende la pelvi apparentemente più larga e le articolazioni sacro-iliache si fissano più precocemente. Nella donna la procreazione è possibile.

Tra i mezzi per migliorare questo stato di cose avvi la chiusura con una plastica cutanea o riunione della mucosa vescicale: metodo assai sviluppato da Roux nel 1852 e successivamente modificato da varî autori. Passavant aiutava la chiusura con la compressione dei due mezzi pubi; Koch, König e altri fece-

ro la sezione sottocutanea degli archi ossei; e Trendelenburgh praticava la separazione parziale delle articolazioni sacro-iliache per facilitare l'avvicinamento dei due pubi sopra la vescica. Ma l'inconveniente è che restano sempre dei recessi fuori di controllo, in cui non tarda a stabilirsi la sepsi, e donde poi è facile una infezione ascendente dei reni. Per ovviare a ciò Subbotin e Lerde, prima di chiudere la vescica, tunnellizzarono uno spazio fra sfintere dell'ano e mucosa rettale, conducendo in esso un tratto della mucosa vescicale foggiato a tubo: lo sfintere anale serviva a chiudere così questo come l'ano. La mortalità operatoria in questi casi fu del 25 per cento e la vescica rimase ancora un sacco infetto.

Un altro metodo per la cura di questa malformazione consiste nel costruire altre cavità chiuse che servono da vescica.

Gersuny separò un'ansa intestinale e, dopo ristabilita la continuità del canale alimentare, attirò il capo inferiore dell'ansa attraverso un canale aperto all'interno dello sfintere dell'ano, come nel metodo di Subbotin, e inserendo gli ureteri nel capo superiore dell'ansa, che pure si cambiò in un serbatoio settico. Makkas costruì una vescica col cieco: sezionato l'ileo alla valvola ileocecale e chiuso il lume del cieco, sezionato e richiuso ai due monconi il colon ascendente, unì l'ileo con anastomosi terminolaterale al segmento superiore del colon e impiantò gli ureteri sul cieco: l'appendice portata sulla parete addominale con una appendicostomia, la nuova vescica veniva regolarmente svuotata con un catetere passato attraverso l'appendice. Due anni dopo il Maye vide il paziente: gli ureteri erano enormemente dilatati e la neo-vescica era settica.

La cloaca degli uccelli fu considerata come una soluzione del problema: uniti gli ureteri al sigma o al rettosigma, il retto venne utilizzato come serbatoio fecale e urinario ad un tempo. L'alta mortalità di questo metodo dimostrò esser per esso necessario un miglioramento, ma la continenza risultò buona. Ad evitare l'infezione ascendente e la dilatazione degli ureteri il sigma venne sezionato, la parte prossimale anastomizzata terminolateralmente al sigma retto, e gli ureteri inseriti sulla parte superiore del sigma distale. Sebbene le feci non scorrano direttamente sugli estremi ureterici, non si può impedire, con questo metodo, che i gas, i liquidi, i batterî producano infezione: e scarso miglioramento se ne ebbe della mortalità. Altro metodo fu di impiantare l'uretere destro sull'appendice e il sinistro sul sigma, ma anche così si ebbe infezione ascendente dei reni.

L'ultima modificazione fu di proteggere i piccoli sbocchi uretrali allo stesso modo come essi passano attraverso le pareti della vescica, nella convinzione che questo è il meccanismo di protezione adottato dalla natura stessa. L'operazione di Maydl, compiuta nel 1892, rimuoveva la base della vescica con gli ureteri attaccati e inseriva questo segmento resecato in una incisione praticata sulla parete anteriore del retto: ciò può farsi sia per via extraperitoneale che intraperitoneale: nel maschio non è difficile, nella donna è complicato. Con questo metodo chirurghi russi riportano una mortalità del 32 %, Orlow del 17 % in 61 casi, e Drucbert del 27 % in 81 casi (entro i 15 giorni dall'intervento). L'A. ha operato con questo tre pazienti ed ebbe due morti.

È certo che il metodo della natura di vuotare i dotti è sempre per via indiretta: così i dotti salivari, il coledoco, gli ureteri passano attraverso la muscolare e continuano per un tratto fra la mucosa e la parete esterna, robusta, della cavità: la pressione dall'interno viene così a comprimere i dotti impedendone la dilatazione e quindi l'infezione ascendente. Questo principio è adottato nell'operazione di Witzel per la gastrostomia e l'enterostomia.

Il segreto del successo nell'anastomosi uretero-intestinale sta nel tubulizzare l'ingresso ureterico per 3-4 cm. Esistono due metodi per raggiungere questo scopo. Stiles seguì il piano di chirurgi russi e polacchi, di passare l'uretere nell'intestino attraverso una piccola apertura e di costruire con una sutura una plica di questo su quello, sicchè l'uretere viene ad essere compreso per un certo tratto fra il lume viscerale e l'intero spessore della parete intestinale. La modificazione di Coffey introdotta dapprima per il trattamento dell'ostruzione del coledoco ha il vantaggio di non restringere il lume intestinale: incisolo longitudinalmente (al meglio lungo una delle *taenie* del sigma), ma non la mucosa; per 3-4 cm., isolato l'uretere e sezionato a 3 cm. dall'imbocco della vescia e legatone il capo distale; richiuso il peritoneo nel tratto donde fu isolato l'uretere: sul moncone libero di questo si fissa un filo di catgut il cui estremo rimane attaccato all'ago: indi si pratica nella parte bassa della incisura intestinale incompleta la perforazione della mucosa (precedentemente è stato apposto su questo tratto dell'ansa un enterostato curvo onde impedire la fuoriuscita del materiale intestinale): attraverso a questa si passa l'ago col filo cui è raccomandato l'uretere e lo si fa uscire a 1 cm. ½ più in basso: tirando sul filo si porta l'estremo ureterico esattamente a questo punto, facendo passare l'uretere attraverso

il foro della mucosa, e quindi si fissa con due o tre punti sulla sierosa, sicchè l'uretere rimane in posto: l'operazione è terminata col richiudere con due piani di sutura la muscolare e la sierosa al disopra dell'uretere, che viene a trovarsi adagiato fra questi strati e la mucosa prima di penetrare nell'intestino e andare a sboccare 1 cm. ½ più in basso. In questo modo si ottiene che una minima pressione dall'interno chiude il dotto, ma non al punto da impedire l'efflusso urinario, dovuto alle onde automatiche e intermittenti con cui l'urina passa normalmente dai reni in vescica. È preferibile una laparotomia laterale bassa destra. Praticata l'anastomosi, il sigma viene fissato con qualche punto al peritoneo posteriore, in modo di coprire l'ingresso ureterico. È bene limitarsi a un solo uretere nella prima operazione: ma la tolleranza è presto raggiunta e la lieve apatia mentale uremica scompare in una settimana. Sicchè a 1-2 settimane dal primo intervento si potrà trapiantare il secondo uretere senza disturbo.

La metà destra del colon è la porzione assorbente dell'intestino (prevalentemente per osmosi, poco per via linfatica): essa quindi non è indicata per l'anastomosi. Un recente lavoro sperimentale di Baird, Scott e Spencer (1), basato sulla speranza che usando l'ingresso di un dotto naturale potesse esser impedita l'infezione ascendente, dimostrò che un uretere può essere convogliato attraverso il dotto di Santorini, ma quando fu inserito il secondo l'animale morì di uremia. Perciò dobbiamo attenerci all'intestino crasso e preferibilmente al suo tratto distale.

I bambini per essere operati dovrebbero aver raggiunto l'età da esser capaci di soddisfare i propri bisogni, cioè i 3 anni ½ - 5. Inoltre nella primissima età possono esservi difetti d'innervazione del retto; e se il prolasso di questo accompagna l'estrofia, ci si può ovviare o automaticamente col tempo o con una operazione preliminare. Dopo i 40 anni è probabile che l'impianto degli ureteri sulla pelle del dorso è la miglior cosa, sia dal punto di vista della bassa mortalità che da quello della lunghezza della vita futura. In questa posizione possono facilmente adattarsi dei serbatoi per la raccolta dell'urina.

Dal 1896 i Mayo hanno visto 37 pazienti con estrofia della vescica. Quindici non vennero operati all'epoca dell'esame: alcuni erano troppo giovani, altri preferirono ritornare per l'operazione. Sei pazienti furono operati col metodo della plastica: uno morì 6 mesi più tardi; quest'operazione non permette il controllo dell'urina. Tre col metodo Maydl-Moynibran: due morirono in ospedale per uremia. Finalmente 13 furono con successo operati col metodo del trapianto: una morte operatoria; una morte di pulmonite, qualche settimana dopo lasciata la clinica; e due morti a tre anni dall'operazione, rispettivamente di tubercolosi polmonare e di tifo. SEBASTIANI.

(1) Già riassunto in questo giornale. (*N. d. R.*)

NEUROLOGIA.

Herpes zoster dell'estremo cefalico, con speciale riguardo alle sindromi del genicolato, dell'acustico, del glosso-faringeo e del vago.

(NORMAN SHARPE. *The American Journal of the medical Sciences*).

Nella letteratura anche recente non si trova sempre bene espresso il concetto che l'*herpes zoster* della faccia, dell'orecchio e del collo sia un'entità clinica ben distinta, sebbene sia riconosciuto che esso può attaccare, oltre il ganglio di Gasser, altri gangli dell'estremo cefalico.

L'herpes zoster come malattia a sè è nota *ab antiquo*: è la *zona* dei Greci, *cingula* dei Romani. Nel 1863 V. Bärensprung mostrò che la lesione è nei gangli delle radici spinali posteriori; più di recente Head e Campbell ne svilupparono la patologia, stabilendola su solide basi. Ramsay Hunt ha genialmente dimostrato che il ganglio genicolato del facciale, i gangli periferici dell'acustico, del glosso-faringeo e del vago possono pure esser sede dell'infiammazione erpetica (di cui non conosciamo l'agente specifico) e ha delineato una sindrome per ciascun territorio di loro distribuzione. Ora si sa che questi gangli hanno la stessa struttura e derivazione embriologica dei gangli spinali e di quello di Gasser.

Come hanno indicato Head e Campbell la lesione flogistica nei gangli sensitivi è simile a quella che attacca le cellule delle corna anteriori nella poliomielite acuta; probabilmente si tratta di un'infezione acuta che si localizza soltanto in quelle strutture nervose che contengono cellule unipolari, di cui sono esempi tipici i gangli spinali e quello di Gasser. Il lavoro di Hunt, che sta a dimostrare come i gangli periferici del 7°, 8°, 9° e 10° paio di nervi cranici, che contengono cellule unipolari, vadano soggetti all'*herpes zoster*, ha confortato l'opinione che la zona sia un'infezione acuta data da un agente specifico.

Come videro Head e Campbell nelle loro 21 autopsie, si trova uno stato di flogosi acuta nel

ganglio della radice posteriore nel cui territorio cutaneo si hanno le vescicole. In quei casi in cui l'eruzione non apparve che pochi giorni prima della morte, il ganglio colpito era rigonfio, edematoso, i vasi intensamente ingorgati, piccoli focolai emorragici sparsi per tutto il ganglio; inoltre v'era degenerazione e distruzione di alcune cellule nervose. Trovarono anche degenerazione di fibre nella radice centrale posteriore e in qualche caso delle fibre afferenti al ganglio affetto. Nei casi in cui trascorsero settimane o mesi tra l'infiammazione erpetica e la morte, si trovarono le cellule degenerate nel ganglio, sostituite da tessuto di cicatrice.

Benchè questi AA. abbiano affermato che le alterazioni flogistiche siano limitate al ganglio nella cui zona cutanea si ha l'eruzione, pure i dati di Hunt mostrano che anche i gangli adiacenti, sebbene in minor grado, presentano note di flogosi. Ciò è importante a ricordarsi, specie trattando dello zoster dell'estremo cefalico, dove i diversi gangli sono strettamente associati; come attestano quei casi in cui l'eruzione è nella zona dipendente da un ganglio, ma vi sono complicanze da attribuirsi all'interessamento di altri gangli.

Lo zoster attacca in generale i gangli di un solo lato e l'eruzione e il dolore nevralgico sono limitati alla porzione di cute appartenente al ganglio affetto; data la natura specifica dell'affezione un secondo attacco di zoster è raro, il primo lasciando immunità. Head e Campbell non trovarono che 4 casi consimili su 400.

Da principio le eruzioni erpetiche dell'orecchio erano attribuite all'infiammazione del ganglio di Gasser o del II e III g. cervicale; ma gli studi di Cushing sull'anestesia che sussegue all'estirpazione del primo, mostrano che le fibre del V paio non innervano l'area in cui si svolge l'*herpes zoster oticus*. L'innervazione sensitiva dell'orecchio per opera del trigemino include il trago, la parete anteriore del condotto e la metà inferiore della membrana timpanica. Il II e III cervicale vanno in un'area posteriore a una linea tracciata dal mezzo del lobulo, lungo l'orlo dell'elice, sotto l'antitrago, includendo la maggior parte del lobo. Così v'è una parte dell'orecchio, risultante della metà posteriore del timpano, della parete posteriore del condotto, della conca, dell'antitrago e della fossa dell'antelice, che non è innervata nè dal 5° paio nè dal II e III cervicale: ma è animata da fibre del 7°, 9° e 10° ed è in quest'area che si ha lo *zoster oticus*, che può o meno accompagnarsi con paralisi del facciale e con sintomi acustici.

Abbiamo quindi diverse possibilità:

1° infiammazione erpetica del ganglio genicolato (*herpes zoster oticus*);

2° infiammazione del ganglio genicolato con paralisi del facciale e sintomi acustici;

3° infiammazione del ganglio uditivo con sintomi acustici;

4° infiammazione del ganglio del glossofaringeo e del vago;

5° *herpes zoster* facciale o cervico-occipitale, con paralisi del facciale e sintomi acustici, solo o complicato.

a) È noto come il facciale sia un nervo misto, con un ganglio, il genicolato, una radice sensitiva, l'intermediario di Wrisberg, e fibre sensitive afferenti nei nervi petrosi superficiali e la *chorda tympani*. Il ganglio genicolato corrisponde anatomicamente ai gangli sensitivi delle radici spinali, sviluppandosi come esse dalla spina neurale e risultando di cellule unipolari. Data la sua situazione nell'acquedotto di Falloppio, il ganglio, il facciale e l'acustico sono strettamente associati in una guaina comune. Quando l'infiammazione specifica colpisce il ganglio genicolato vi è dolore preerpetico, otalgia più o meno violenta e dopo 2-8 giorni la caratteristica eruzione vescicolare, in un territorio che comprende la metà posteriore della membrana timpanica, il meato uditivo esterno, la conca, l'antelice e la sua fossa, l'antitrago e parte del lobulo. Se la flogosi s'estende dal genicolato al 7° e 8° paio, come è facile dati i rapporti intimi, si avrà paralisi facciale e sintomi acustici. Déjerine, che ha accettato la *sindrome genicolata* di Hunt, ne ha veduto qualche caso.

b) Nel corso dello *zoster* del ganglio genicolato se è coinvolto il 7°, sopraggiunge la paralisi facciale, sempre completa, e che compare o contemporaneamente all'eruzione oppure tra i 5 e i 12 giorni seguenti, mostrando che la malattia non ha raggiunto il suo acme con lo scoppio dell'eruzione. Hennebert ha riferito un caso in cui l'eruzione sulla conca e sulla mastoide fu seguita dopo 5 giorni da paralisi facciale. I sintomi acustici, dovuti all'estendersi della flogosi dal ganglio genicolato all'8° paio nel canale uditivo o a simultanea infiammazione dei gangli acustici, variano dall'*ipoacusi* con tinnito alle più gravi manifestazioni della sindrome Menierica (nistagmo, vertigini, nausea, vomito). Muck riferisce un caso di *zoster oticus* del genicolato in cui, in seguito all'eruzione sul padiglione, vi fu interessamento del 5°, 7°, 8° paio (iperestesia, lesione del facciale, disturbi uditivi). Anche Dombrowski afferma che tale complesso sintomatico è

talora verificabile. Invece Kidd nega che il 7° abbia una zona cutanea sensitiva e dice che il *zoster oticus* non è dovuto a un'infiammazione del ganglio genicolato. Egli dice: « se noi ricordiamo che detto ganglio nell'uomo è un rigonfiamento lungo il nervo facciale, dobbiamo subito concludere che non vi può essere un *herpes genicolato* isolato senza paresi del facciale. È certo dunque che tutti quei casi di *herpes auris* non accompagnati da lesione del facciale sono di origine non genicolata ». Se si accettasse questo asserto noi non potremmo avere una lesione circoscritta del ganglio di Gasser, come in quei casi non rari in cui lo *zoster* è limitato alla 1ª, 2ª o 3ª branca del V paio. Secondo la dottrina di Kidd le radici motrici dei nervi spinali e la branca motrice del trigemino dovrebbero essere di frequente coinvolte; mentre i fatti clinici dicono che ciò è estremamente raro.

Esaminando la prova fornita dall'anatomia comparata, Kidd riconosce l'esistenza di un ramo facciale cutaneo nei ciclostomi, ma dice che questo deve essere ancora dimostrato nei mammiferi superiori. Ora Hunt ha ricordato una distribuzione ganglionare in dipendenza di un rudimento o vestigia di un'antica formazione. Kidd soggiunge: « se ci fosse qualche fibra cutanea facciale nell'uomo, noi troveremmo in ogni caso di paralisi di Bell, una così completa anestesia cutanea della sua zona auricolare annessa, come ogni clinico trovò sempre nell'area cutanea del trigemino, dopo una gasserectomia completa ». L'A. in tale affermazione ignora le dimensioni della zona genicolata, i suoi rapporti e il fatto che vi sono rappresentati anche il 9° e il 10° paio.

c) Lo *zoster* che attacchi i gangli dell'8° (*g. di Corti* sul ramo cocleare e *g. di Scarpa* sul vestibolare) induce sintomi varianti per gravità dall'ipoacusi con tinnito alla sindrome di Menière. Questi sintomi sono dovuti a un'infiammazione dei gangli acustici e non al diffondersi della flogosi del genicolato all'8°; ne sono una prova i casi in cui detti sintomi si presentano senza interessamento del 7°. Considerando la disposizione anatomica nel condotto uditivo interno, dove il 7° e l'8° sono costretti insieme e il ganglio genicolato situato lungo il primo, non è concepibile che il facciale sfuggisse se i sintomi in parola fossero dovuti alla zona del genicolato.

d) Lo *zoster* dei gangli periferici del glosso-faringeo (*g. petroso* e *g. di Ehrenritter*) e di quelli periferici del vago (*g. giugulare* e *g. plessiforme*) è rappresentato sul padiglione e anche entro la bocca. Sull'orecchio la zona è situata sulla metà posteriore del timpano, sulla parete posteriore del condotto, sulla superfice posteriore del padiglione e sulla parte adiacente della mastoide. Unendosi fra loro le branche auricolari del 9° e 10° paio è impossibile separare le zone dei loro *zoster*. Invece entro la bocca è ciò possibile: lo *zoster* del glosso-faringeo è posto sulla superfice posteriore della lingua, pilastri e tonsilla palatina. Lo *zoster* di tale regione (*h. z. pharyngis*) è di diagnosi ardua, poichè in generale non vi sono che poche vescicole, che scompaiono rapidamente. L'eruzione è unilaterale, può essere accompagnata da paralisi del palato molle, qualche volta da paralisi del 7°, dovuta a simultanea lesione del genicolato. La zona in questa località deve essere distinta dai *pseudo-herpes* che sono bilaterali, si trovano sul palato molle, ugola, parete faringea, dovuti a estrazione dei follicoli glandolari.

Lo *zoster* intraorale dei gangli vagali è situato più posteriormente, alla radice della lingua, all'*aditus laryngis* e alla adiacente regione faringea; esso può accompagnarsi con bradicardia, singulti, nausea, vomito per diffusione, dai gangli infiammati, alle fibre del vago.

e) Nell'*herpes* facciale od occipitale si hanno qualche volta paralisi facciale e disturbi uditivi, per il fatto che in questo *zoster* v'è tendenza all'invasione di più gangli. In questo tipo di zona, benchè il centro focale delle flogosi sia nel g. di Gasser con eruzione nella rispettiva regione cutanea (*h. z. facciale*) o nei gangli dei II e III nervo cervicale, con eruzione sul collo o sull'occipite (*h. z. occipitale*), sono pure coinvolti i g. genicolati e acustici, donde paralisi del facciale e sintomi uditivi, senza eruzione nella zona geniculata.

Se l'esaminatore è esperto, la diagnosi dello *zoster* cefalico con i suoi vari sintomi in genere non è argomento di grande difficoltà. Ma se la vera natura del male è misconosciuta si può nuocere al paziente. Talora il dolore fierissimo ha indotto a una miringotomia, ritenendosi si trattasse di un'otite media o sono stati fatti interventi sulla mastoide, anche in presenza di un'eruzione erpetica. In altri casi non si presentano che poche vescicole sulla membrana timpanica, che si ritrovano dopo accurata ricerca.

Lo *zoster* ha prognosi fausta in generale; certo se fossero presi i gangli vagali d'ambo i lati l'esito potrebbe essere letale.

Per la cura si consigliano molti rimedi; fortunatamente lo *zoster* è malattia che risolve da sè. Alcuni trovano lodevole l'uso del chinino *per os* e l'applicazione di unguenti calmanti

sull'eruzione. In generale, proteggere le vescicole dall'inquinamento e usare degli anodini quando i dolori — e ciò accade non di rado — sono spasmodici. G. Bilancioni.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La Dicloramina T nel trattamento delle ferite infette.

(Lee e Furness. *Surgery, ginecology and ostetrics*, febbraio 1918).

Gli autori si dichiarano d'accordo colla maggioranza dei chirurgi, nel ritenere i preparati di cloro i migliori antisettici nel trattamento delle ferite infette. Quello fra gli altri che meglio corrisponde è il liquido di Dakin, il quale però presenta questi inconvenienti:

1° L'instabilità della soluzione e il bisogno di prepararla giorno per giorno.

2° Il suo debole potere battericida.

3° La tecnica minuziosa del metodo di Carrel, indispensabile per ottenere buoni risultati, e quindi abilità e cure speciali da parte del chirurgo e del personale assistente.

Questi inconvenienti vennero subito realizzati da Dakin, il quale istituì delle ricerche, allo scopo di trovare un altro composto del cloro, possibilmente non tossico e non irritante, e che potesse venire posto a contatto coi tessuti infetti, in quantità tale, da contenere oltre alla massa di antisettico richiesta, anche una massa di riserva per un certo periodo di tempo.

In queste ricerche egli si accorse che gli ipocloriti reagiscono colle proteine di ogni specie e che una delle prime reazioni consiste nell'unione del cloro libero cogli amido-gruppi, formando composti che contengono il gruppo NCl. A questi composti detti « cloramine » è probabilmente dovuto il potere battericida degli ipocloriti. Le cloramine non sono irritanti per i tessuti e con facilità si ottengono per via sintetica. Il primo composto usato fu un sale di sodio della tolueneparasolfocloramina, che fu messo in commercio col nome di «Chlorazene». Veniva adoperato in soluzioni acquose al 2 e al 4 %. Questo aveva però, in comune colle soluzioni di ipocloriti, l'inconveniente di liberare rapidamente il cloro attivo, di modo che era necessario rinnovare di frequente la soluzione antisettica nella ferita.

Fu allora che Dakin ricorse alla tolueneparasolfodicloramina, che egli chiamò « Dicloramina T ». Essa si usa disciolta in eucaliptolo in concentrazioni variabili dal 5 al 20 %. Di modo che viene portata in contatto colla superficie infetta una gran massa di antisettico, che lentamente per la durata di 18 o 24 ore viene liberato e diffuso nei tessuti circostanti. Una soluzione al 20 % di Dicloramina T contiene circa 80 volte la quantità di antisettico contenuta in una soluzione di ipoclorito al 0.48 % e mantiene per molte ore quel potere battericida che il liquido di Dakin possiede solo per 10-15 minuti.

Gli autori riportano quindi 6028 casi raccolti nella pratica civile e 1200 casi di ferite di guerra, trattati colla Dicloramina T, e tutti con ottimo risultato. La chiusura della ferita si potè ottenere in media in 10 giorni; mentre col metodo di Carrel non si potevano ottenere chiusure in meno di 14 giorni in media.

Siccome le ferite trattate con la Dicloramina danno poca secrezione e non essendo quasi mai necessario medicarle più di una volta al giorno nei primi giorni e nei successivi anche ogni 48 o 72 ore, usando questo composto, si risparmia molto materiale di medicazione. All'ospedale di Pennsylvania se ne fece un risparmio del 75 %!

La Dicloramina non corrode il catgut: si evitano così le emorragie secondarie non infrequenti nelle ferite trattate colle soluzioni acquose di ipoclorito. È inoltre un ottimo deodorante.

Gli autori concludono dicendo che, però, nè la chimica nè la batteriologia possono rimpiazzare la chirurgia. Tutti gli antisettici, anche i migliori, reagiscono solo con i germi con i quali vengono a contatto: cioè con quelli superficiali. Perciò bisogna impedire, operando i feriti al più presto possibile e asportando tutti i focolai di infezione e le parti necrosate, che i germi si approfondiscano in seno ai tessuti.

m. a.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Il 9° Congresso della Società Italiana di Pediatria.

Roma, 3-4 *giugno* 1918.

Nell'aula magna della R. Università di Roma si è inaugurato alle 10 del 3 giugno il 9° Congresso della Società Italiana di Pediatria per iniziativa del prof. Tedeschi di Padova allo scopo di studiare il modo migliore di coordinare l'insegnamento della pediatria con la tutela nazionale dell'infanzia. Hanno partecipato al Congresso numerose personalità della Scienza medica, molte Autorità e parecchi cultori dell'assistenza Sociale infantile. Alla Seduta inaugurale parteciparono l'on. Roth con il suo capo di gabinetto, prof. Buonocore, il rettore prof. Tonelli, i proff. Comba, Pacchioni, Francioni, Cozzolino, Berghins, Cattaneo, Laureati, Spolverini, Luzzatti, Modigliani, Flamini, Santangelo, Genoese, Rapisardi, Raudegger, Pollitzer, Badaloni, che rappresentava il comm. Lutrario, direttore generale della Sanità pubblica, il Prefetto commen-

datore Aphel, il prof. Roselli, assessore comunale, per il Sindaco, Baduel, colonnello medico, per la Croce Rossa, Ballerini, presidente dell'Ordine dei Medici, il comm. Pironti, i proff. Tamburini, Ottolenghi, La Torre, Campana, Sergi, Viola, Breda, Visco, ecc. Erano presenti anche molte signore e signorine che si occupano di assistenza alla infanzia e fra queste la Signora Magliocchetti direttrice e fondatrice dell'Asilo della Patria di Roma, la Signorina Ponzio Vaglia, la Signora Prinzi, ecc.

Presiedeva il prof. Concetti che aprì i lavori del congresso porgendo i saluti agli intervenuti. Accennò alle manchevolezze dolorose della nostra tutela all'infanzia: parlò dei danni della guerra e dei vuoti che essa apre nelle popolazioni, ai quali dovranno riparare i fanciulli di oggi, che sono gli uomini di domani, le forze di domani. Accennò a quanto in questo campo già sta facendo il nemico ed espose un complesso di misure intese alla tutela della nostra infanzia, invocando l'aiuto ed il consiglio degli intervenuti al congresso aperto ad un argomento così importante e così profondamente sentito.

L'on. Roth, Sottosegretario alla pubblica istruzione, annunziò l'adesione al Congresso del Presidente del Consiglio on. Orlando e del Ministro della Pubblica istruzione on. Berenini. Accennò al desiderio del Ministro che avvenisse questo Congresso per avere quei consigli che gli potessero esser dati per una illuminata ed intensa rinnovazione dei sistemi di allevamento del bambino in vista del nostro benessere Nazionale di domani. Presentò quindi uno studio fondamentale di riforma sull'allevamento del bambino e che non vuole essere «un codice di tutela infantile», ma una base sicura per provvedimenti e regolamenti rispondenti alla importanza Nazionale del problema. Terminò dicendo che l'augurio che si fa all'infanzia è augurio che si fa alla Patria.

L'assessore prof. Roselli annunciò l'adesione del Sindaco Colonna a nome del quale rivolse un saluto augurale all'importante convegno che ha lo scopo di tutelare l'infanzia. Parlò della cura del bambino che forma le popolazioni forti e robuste, e affermò che il bambino sano diviene buon cittadino e valoroso soldato.

Quindi il prof. Tedeschi di Padova lesse l'interessante relazione sullo studio del progetto di legge da lui compilato per incarico del Min. della Pubblica istruzione *«per la coordinazione dell'insegnamento della Pediatria con la tutela Nazionale dell'infanzia»*. Trattò di un assetto di insegnamento della Medicina infantile meglio corrispondente a moderne esigenze Sociali e Nazionali di una tutela infantile veramente seria e che traesse ispirazione dalle esigenze urgenti del nostro più immediato dopo-guerra. Terminò la sua esposizione dicendo di non poter fare a meno di mettere sott'occhi del Ministro alcune frasi, che appena pochi mesi or sono dettava Langstein, il notissimo capo dello Speciale istituto Germanico per la lotta contro la mortalità del lattante: sono espressioni quelle che valgono una volta dippiù a confermare tutta la ineffabile albagia del nemico, sono per noi implicito rimprovero, ma sopratutto monito e di tal portata incisiva per chi ne comprenda l'intimo significato, che la sola citazione avrebbe potuto esonerarlo da ogni incitamento in suffragio dell'opera che doveva prospettare.

Dice il Langstein: «che il nemico ascriver possa a debolezza ed a paura per le sorti future della Germania la coscienza relativa al valore del bambino in noi già così forte, e che in misura anche più elevata deve affermarsi, non c'impone. Essa rappresenta invece il segno fiammeggiante della cultura tedesca, la quale mentre dura ancora la guerra non si accontenta della tutela profusamente largita ai suoi combattenti, ma procede ad intensificare come mai fece quella dei suoi bambini, i futuri esponenti della forza Germanica». Ma più che l'incitamento indiretto nemico ci sia invito, senza fatali dilazioni, la coscienza stessa della nostra civiltà a risolvere il grande problema, approfondendo noi le manchevolezze nostre prima che altri ce le rinfacci ancora fronteggiandone coraggiosamente le inevitabili difficoltà.

Ma per vincerle opponiamo i purissimi sistemi nostri alle immonde bestiali proposte che la tronfia scienza tedesca già avanza a compensare le sue perdite di vite giovani e produttive.

La seduta pomeridiana del giorno 3 giugno viene aperta alle 16 dal prof. Tedeschi.

Il dott. Modigliani legge il seguente telegramma dell'on. Orlando: «Aderisco con sentimento di plauso e di ammirazione a cotesto Congresso fervidamente augurando che lavori di esso contribuiscano ad assicurare alla patria generazioni forti e fiorenti cui sieno degnamente affidati futuri destini d'Italia».

Il prof. Tedeschi inizia l'esposizione dello studio da presentare al Ministro. Riferendosi a quanto ha detto nella seduta antimeridiana, precisa la mira avuta con i provvedimenti, specie didattici, che sono le prime necessità per una impostazione di tutela infantile seria che ci allontani da quella inefficace e dannosa che pullula da un malinteso sentimentalismo, troppo spesso ignaro delle vere miserie da sollevare. Espone il progetto di una speciale scuola di pedagogia pratica, e dei mezzi della protezione del bambino.

Mentre il prof. Tedeschi parla giunge nell'aula il ministro on. Berenini, accompagnato dal professor Tonelli, rettore dell'Università. I congressisti si alzano in piedi e accolgono con un lungo applauso il rappresentante del Governo.

Il prof. Tereschi sospende la lettura della relazione per salutare il ministro della P. I. che sale sulla cattedra degli oratori.

L'on. Bereniri esprime il vivo desiderio di rivolgere una parola ai presenti perchè è il Governo che deve prendere serie risoluzioni sulle proposte e le deliberazioni del Congresso di Pediatria. Questo che voi vi accingete a risolvere, signori — dice l'on. Berenini — è un problema dei più gravi mentre la guerra miete tante vite. Dobbiamo insorgere e fare argine contro le insidie della morte famelica che uccide tante piccole e innocenti esistenze. Nella mia provincia soltanto ho notato una spaventevole mortalità di bimbi, una media dell'85 per cento. Conviene scuotere e stimolare le madri le quali principalmente hanno l'obbligo delle

cure assidue e coscienziose del bambino. Invoca l'aiuto della scienza, a cui rivolge parole di fiducia e di incoraggiamento.

Occorre anche vincere i pregiudizi sociali e dare alla madre anche illegittima l'appoggio morale, oltrechè materiale, perchè possa compiere il suo dovere di nutrice.

Quindi loda la relazione del prof. Tedeschi e aggiunge: «Io vorrei che questi insegnamenti per la cura dell'infante non solo fossero detti nelle Università ma si diffondessero dovunque, prima di tutto tra le madri, le contadine, le levatrici, i maestri e le maestre delle scuole elementari».

Accenna ai premi istituiti per i migliori agricoltori o allevatori del bestiame, e lamenta che ancora nessun premio esista per chi ha l'obbligo e il dovere della conservazione della razza. Al fanciullo — esclama il ministro — si pensa solo quando diviene uno strumento di guadagno. Ora perchè il mondo si ripopoli di molti e di forti dobbiamo assolvere un compito gravissimo.

Voi, o signori, ci riuscirete e da questo Congresso uscirà la parola rinnovatrice del problema più impellente e più sacrosanto nell'attuale momento che l'Italia attraversa.

All'opera: questo è il momento: non conviene spendere una sola parola che non si tramuti in attività utile alla guerra.

Il discorso dell'on. Berenini è interrotto e salutato alla fine da vivissimi applausi.

Dopo il prof. Tedeschi continua e completa la dotta relazione. Seguono brevi osservazioni dei professori Comba, Cacace, Sergi e Spolverini; e la seduta è tolta.

La seduta del giorno 4 giugno viene aperta dal prof. Concetti. Il prof. Campana si occupa della lotta contro le malattie celtiche nei bambini. Il prof. Jemma, direttore della clinica di Napoli, illustra i beneficî che può apportare all'infanzia l'attuazione del progetto Tedeschi.

Il prof. Pacchioni si associa al prof. Jemma, e propugna l'obbligo dell'insegnamento della pediatria alle levatrici e alle ragazze dai 15 ai 18 anni, e nelle università per almeno due anni. Si occupa quindi della cresciuta mortalità infantile, e conclude esprimendo il voto che il governo voglia provvedere alla protezione dell'infanzia con un'apposita legge.

Il prof. Comba, della clinica di Firenze, è d'accordo col prof. Pacchioni. Propone, prima di istituire altre scuole di pedologia, che si attenda di vedere i risultati di quella già istituita a Padova. Propugna l'istituzione di scuole per l'igiene infantile. Plaude a molte proposte del prof. Sergi.

Il prof. Sergi sostiene la necessità dello insegnamento della antropologia e psicologia ed è d'accordo con il prof. Pacchioni per le modifiche nelle scuole di pedologia.

Il prof. Cacace sostiene sopra tutto il concetto che, mentre tutti i pediatri insistevano soltanto sullo studio delle malattie del bambino e sull'assistenza al bambino malato, egli ha insistito sulla necessità di una soluzione integrale del complesso problema della tutela del bimbo e sulla necessità di uno studio completo del bambino da tutti i punti di vista: «biologico, psicologico, igienico, clinico, storico, sociologico, giuridico».

Il prof. Visco ha preso viva parte ai lavori del congresso fin dalla prima seduta; nella quale una delle prime questioni trattate è stata quella se convenga o meno di dare un nome diverso agli istituti di pedologia. A questo proposito il prof. Visco, fondatore dell'istituto «Pro Infantia» di Napoli, ha detto non essere, questo, tempo sterile di invocazioni, ma bensì di fervore, d'opera e d'azione. È appunto sull'azione, che deve svolgere l'istituto infantile di Napoli, che il prof. Visco intende parlare perchè rientra nel progetto di legge di cui parlò già il ministro Berenini. L'Istituto d'igiene infantile e di puericultura di Napoli rispecchia tutte le istituzioni che l'on. Berenini intende ora fondare in tutta Italia. Il detto istituto esplica la propria attività in modo convergente ad un unico fine.

Nella seduta precedente egli ha parlato sostenendo il principio che lo Stato debba preoccuparsi della difesa dei cittadini, non soltanto contro le epidemie e le malattie, ma anche disciplinando la difesa dell'igiene fisica e morale delle masse, con particolare riguardo all'infanzia e alla funzione civile della generazione di individui sani.

In questo senso egli propone un ordine del giorno.

Il prof. Modigliani sostiene la necessità di volgarizzare le norme d'igiene infantile in tutte le classi, e specialmente fra le giovani e le madri, se si vuole riuscire a vincere l'ignoranza e il pregiudizio che sono fra le cause principali della morbilità e mortalità infantile. L'insegnamento deve essere pratico per essere efficace e nelle città può essere eseguito presso istituti che accolgono bambini piccoli (istituti per lattanti, crêches, consultazioni per poppanti, ecc.). Nelle campagne si potrebbero istituire delle vere cattedre ambulanti.

Accenna alle scuole già esistenti in alcune città (Napoli e Roma) e dice che queste meritano di essere incoraggiate.

Il prof. Baduel illustra l'opera della nostra Croce Rossa per l'infanzia.

La seduta pomeridiana è presieduta dal prof. Concetti e presenziata da numerosissimi congressisti. Si dà lettura dell'ordine del giorno, presentato nella seduta antimeridiana dal prof. Modigliani.

Il prof. Romani ricorda i voti già più volte espressi dalla scienza medica e dai precedenti congressi di pediatria per una più razionale assistenza dell'infanzia; e rileva come essi formino addirittura lo schema per una completa legislazione in materia. Si occupa in particolar modo della necessità dell'insegnamento dell'igiene infantile nelle scuole, da quelle popolari alle università, e delle finalità del medico scolastico. Ricorda in proposito la relazione di una Commissione al Ministero della P. I., e ne rileva le manchevolezze. Invoca la istituzione statale del medico scolastico, affermando che nell'ora grave che volge, i nostri bimbi, dal lattante allo scolaro, hanno bisogno di più valida protezione e di più razionali cure igieniche.

Il prof. Cozzolino, fra l'altro, propugna l'allattamento obbligatorio presso tutte indistintamente le classi sociali. Il prof. Tedeschi ringrazia tutti

gli oratori, risponde alle obbiezioni e alle osservazioni sollevate da ciascuno, e termina sicuro che il suo studio potrà essere presentato al governo con l'approvazione di tutti i congressisti. Il prof. Violi, direttore dell'ospedale dei bambini a Costantinopoli, appoggia la proposta di fondare la Società per la protezione dell'infanzia, e più specialmente per la cura dei malati e il mantenimento dei poveri. Parlano poi il prof. Cattaneo di Milano e il prof. Spolverini.

Infine il prof. Baduel annunzia l'imminente decreto del Ministero degli approvvigionamenti e consumi riguardante il tesseramento alimentare dei bambini dai 7 mesi ai due anni. Con il 1° luglio i bambini avranno la loro tessera e i genitori potranno acquistare pacchetti di farine nutrienti di varie qualità sui quali sarà applicata una marca speciale di 5 centesimi di più del costo la quale andrà in profitto dell'infanzia, dando un reddito, in media, di un milione e mezzo di lire all'anno. Il prof. Baduel propone un ordine del giorno di plauso al ministro on. Crespi. La proposta viene approvata.

Segue la lettura, fatta dal prof. Modigliani, degli ordini del giorno presentati durante i lavori.

Il prof. Sergi propone infine un voto di plauso ed un saluto all'esercito. La proposta è approvata al grido unanime di: *Viva l'esercito!*

Così il congresso si chiude.

M. F.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Febbre da pappataci o influenza estiva.

Su quest'argomento richiama opportunamente la attenzione la nostra Direzione generale di Sanità militare. In una recente circolare così essa riassume le nostre conoscenze:

Sintomatologia e decorso. — Il periodo di incubazione sembra essere di 5-7 giorni. La malattia insorge bruscamente, per lo più senza sintomi prodromici, con vivo senso di malessere e con rapido innalzarsi della temperatura (raro il brivido iniziale). La febbre raggiunge il suo acume nelle prime 24 ore; di solito intorno a 39° C., talora arriva a 40°-41° C., si mantiene pressochè costante, con lievi remissioni, per due o tre giorni; dopo il terzo giorno (donde il nome di «febbre di tre giorni») si ha la defervescenza per crisi, o più spesso per lisi; di rado si prolunga per 5-7 giorni. Accompagnano la elevazione termica, artralgie e dolori muscolari intensi spesso localizzati allo sterno, alle spalle, al rachide e regione lombare; cefalea e dolenzia ai bulbi oculari, senso di spossatezza, di rado gravi sintomi nervosi. Obbiettivamente si osserva congestione delle mucose congiuntivali, della bocca, delle fauci e del naso; i bronchi non partecipano alla infiammazione catarrale delle vie aeree superiori. Un sintoma importante (Castellani) è rappresentato dalla frequente esistenza di un eritema al volto e al collo, che compare fin dall'inizio, e si accompagna spesso al fenomeno della *cutis marmorata*, che talvolta può estendersi al torace e all'addome. La mucosa del velo palatino si presenta ricoperta di piccole macchie rotondeggianti iperemiche. Frequenti sono i sintomi a carico dell'apparato digerente: alito fetido, lingua impaniata alla base, spesso vomito all'inizio della malattia, ripetentesi talora anche al secondo e terzo giorno; qualche volta diarrea sanguinolenta. È costante la bradicardia e quindi la dissociazione fra temperatura e polso. All'esame del sangue si nota sempre notevole leucopenia, criterio importante per la diagnosi.

La malattia è quasi sempre benigna; dopo la defervescenza scompaiono rapidamente i sintomi catarrali; talora persiste per alcuni giorni l'eritema. La convalescenza però è piuttosto lunga, residuando notevole prostrazione di forze e malessere.

La infezione lascia una immunità, sulla durata della quale poco è noto.

Distribuzione geografica - Diffusione in rapporto alla stagione. — La malattia è diffusa in tutti i paesi mediterranei; assai frequente nell'Istria, nella Dalmazia, nella penisola Balcanica, non è rara in varie parti d'Italia: secondo alcuni essa non rappresenterebbe se non una forma attenuata della malattia tropicale nota col nome di *dengue*.

Si presenta nella primavera inoltrata e nei mesi estivi: fu denominata perciò febbre estiva, o influenza estiva. Le prime manifestazioni di solito sono più miti, e più gravi, invece, quelle che si presentano nei mesi più avanzati dell'estate.

Etiologia - Modo di propagazione. — È ormai accertato, anche mercè prove sperimentali, essere la febbre di tre giorni causata da un virus filtrabile, il quale viene inoculato all'uomo con la puntura di alcuni insetti: fra questi certamente ha la massima importanza, e forse esclusiva in Italia, il *Phlebotomus pappatasii* (pappataci o serapica); pur non potendosi escludere che in alcuni paesi (India, Filippine, Tonchino, ecc.), siano imputabili altri ditteri, come il *Culex fatigans*, e le *Stegomyie*; onde la febbre di tre giorni è chiamata anche «febbre da pappataci». La infezione invece non è mai contagiosa direttamente dall'individuo malato al sano.

Caratteri e abitudini del phlebotomus. — Non sarà perciò inutile, specie ai fini della profilassi, di richiamare brevemente le notizie più importanti sulla morfologia e sulla biologia di questo piccolo insetto.

I flebotomi sono diffusi nelle regioni a clima caldo e temperato di tutti continenti; in Europa si trovano in tutti i paesi bagnati dal Mediterraneo, nelle località costiere, nelle vallate, nelle pianure basse e umide. Sono insetti domestici la cui esistenza è legata ad alcune abitazioni, di cui generalmente infestano il pianterreno e il primo piano, più che non i piani superiori. Fanno la loro apparizione, nel nostro clima, verso la metà di maggio, scom-

paiono in ottobre; un primo periodo di massima diffusione si ha verso la fine di luglio, un secondo verso la metà di settembre.

L'insetto adulto ha il corpo lungo 2-2,5 mm., di colorito grigio chiaro a riflessi argentei, assai trasparente; la testa, inserita ad angolo sul torace, porta due occhi grandi, ravvicinati sul vertice, caratteristici per l'aspetto che conferiscono all'animaletto (sguardo diabolico - Howlett); nelle femmine, dopo che hanno succhiato il sangue, l'addome presenta un colorito rosso chiaro, che si trasforma col procedere della digestione, in rosso scuro, e più tardi in bruno. Le due ali sono lunghe circa quanto il corpo; lunghissime (5-6 mm.) e fini le zampe, specie le ultime due paia. Il corpo e le ali sono rivestiti di una peluria sottile, in guisa da far somigliare i pappataci a una piccola farfalla notturna.

I flebotomi fuggono qualsiasi luce un po' forte, e non si muovono dai loro ripari se non quando l'atmosfera è perfettamente tranquilla; nelle serate calde e non ventilate entrano nelle stanze, specie nelle camere da letto; all'alba, in parte ritornano nei loro asili, dove le femmine vanno a deporre le uova, ricercando i luoghi umidi, oscuri e riparati dal vento (cantine, sotterranei, corridoi oscuri), in parte si nascondono nelle stanze stesse, dietro i mobili e i quadri, fra i vestiti, e difficilmente vi si scoprono, data la loro piccolezza e il loro colore.

Le femmine sole succhiano il sangue, e, da noi, pungono soltanto la notte; la puntura riesce più dolorosa di quella delle comuni zanzare. Hanno un volo assolutamente silenzioso.

Le femmine depongono le uova in località speciali, che si prestano alla vita delle larve e delle ninfe. Le larve, cilindriche, lunghe 0,9 - 3 mm., vivono nei luoghi umidi, nutrendosi dei detriti organici in decomposizione, di materie escrementizie, ecc. Luoghi adatti, perciò, perchè vi si compia il ciclo di vita delle larve e ninfe (ciclo che dura complessivamente circa 40 - 60 giorni), sono (Grassi): i locali umidi, specialmente sotterranei, dove si trovi ammassato materiale di costruzione, e siano accumulati sul suolo, misti alla terra, legno vecchio, carta, detriti vegetali, feci di erbivori, là dove sono muri a secco sgretolati, feritoie e ridotte di forti abbandonati; le canne di ventilazione delle latrine e dei pozzi neri, e le pareti di questi. Durante la stagione si compiono al massimo due o tre generazioni di flebotomi. Non si sono mai riscontrati, durante i mesi freddi, insetti adulti ibernanti.

Il virus della febbre di tre giorni, quindi, viene inoculato dai primi pappataci, nati alla fine della primavera, i quali, ereditariamente, portano in sè l'infezione, contratta dai progenitori nell'anno precedente; successivamente dagli insetti, che hanno succhiato il sangue di individui malati, nel quale il virus si trova nelle prime 24 ore dell'infezione; pare che il virus, per essere di nuovo inoculabile all'uomo, deva soggiornare circa 8 giorni nel corpo del Phlebotomus (Doerr).

Cura e profilassi della influenza estiva. — Non possediamo alcuna cura specifica della febbre da pappataci: del resto, data la natura benigna dell'infezione, non è necessario alcun trattamento terapeutico speciale, limitandosi la cura alla somministrazione di rimedi sintomatici.

Le norme profilattiche scaturiscono da quanto fu detto sulla vita e sulle abitudini del Phlebotomus. Assai difficile riesce premunirsi dalle punture degli insetti alati, che per la loro piccolezza rendono vana anche l'opera protettiva delle reticelle; poco o nulla giovano le pomate e le fumigazioni. Ogni cura deve invece essere rivolta a combattere le condizioni che permettono e favoriscono il ciclo di vita delle larve e delle ninfe, e ad interdire qualsiasi comunicazione fra i locali, dove tali condizioni esistono, e i locali abitabili. Così dovrà scrupolosamente verificarsi se negli edifizi, in cui devono accantonarsi le truppe, vi siano dei tratti di fabbricato, specie sotterranei, oscuri, con muri vecchi, sgretolati, con il suolo ingombro di pietre, mattoni, pietrisco, legname, ecc. Dove è possibile si intonacheranno tutti i muri vecchi, e screpolati, si sgombreranno i sotterranei dal vecchio materiale accumulatovi, si ricoprirà il pavimento di essi con cemento; dove ciò può farsi solo incompletamente, si chiuderà accuratamente ogni comunicazione tra i locali sotterranei e la casa: si applicheranno sifoni o altri metodi di perfetta chiusura alle latrine, doppie reti metalliche, a maglie fittissime, alle canne di ventilazione delle latrine e dei pozzi neri. Certamente lunga e difficile è questa opera di risanamento, che richiede scrupolosa esattezza e massima pazienza: talvolta impossibile, tanto che unico rimedio è di rinunziare ad alcuni alloggiamenti; e, talvolta, solo ricorrendo all'attendamento delle truppe, si è fatta rapidamente scomparire la forma morbosa.

VARIA.

Natalità e mortalità infantile in Germania.

Da una relazione elaborata dal «Local Government Board» britannico, in base ad informazioni ricevute da fonte tedesca, risulta che la diminuzione delle nascite in Germania nel triennio 1915-17 equivale alla perdita di due milioni di fanciulli.

Nel 1916, i bambini nacquero in Germania nella misura del 40 per cento in meno che nel 1913; mentre in Inghilterra la diminuzione non fu che del 10 per cento.

L'aumento della mortalità infantile è del 50 per cento più elevata che in Inghilterra.

L'aumento anormale della mortalità infantile nei primi mesi della guerra è dimostrato dal fatto che in Prussia, durante il terzo trimestre 1914 salì dal 128 al 143, in Sassonia dal 140 al 242, in Baviera dal 170 al 239 per mille, mentre le statistiche in Inghilterra non mostrano alcun aumento anormale della mortalità infantile nei primi mesi della guerra.

Maternità straordinaria.

Il *Times* reca che presso Londra vive una signora Rosina Flutter, 45enne, moglie ad un sottufficiale, la quale ha avuto 15 figli, di cui 10 gemelli.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(945) *Trattamento degli eczemi cronici dei bambini.* — All'abb. n. 8928:

Negli eczemi cronici dei bambini sorvegliare lo stato generale, soprattutto le funzioni digestive, la dentizione, ecc. Per bocca tentare il lattato di calcio secondo le norme indicate dal Flamini nel n. 4 *bis* della Sezione pratica del *Policlinico*, p. 112, anno 1917.

Localmente un unguento rinfrescante, p. e.:

Fiori di zinco
Magistero di bismuto } ana gr. cinque
Lanolina gr. quaranta.
Olio di oliva
Acqua distill. } ana gr. venticinque

da applicarsi per frizioni e disteso su liste di tela fine, fissate con acconcia fasciatura.

Per rimuovere l'unguento e le squame o le croste ed anche per mitigare il prurito, unzioni con piccole quantità di:

Acido salicilico gr. mezzo
sciogli in
Olio di ricino q. b.
aggiungi:
Balsamo peruviano gr. due,
Olio di oliva q. b. p. f. gr. cento di peso totale.

Fare il minor uso possibile di acqua e di sapone.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

International Clinics. Serie 17ª, vol. IV, n. 3. — Filadelfia e Londra, J. B. Lippeott Company, 1917. Prezzo dol. 2.

Il grande numero di clinici eminenti che oggi prestano la loro opera per l'esercito combattente, ha fatto ridurre la copia e la qualità dei contributi consegnati in questo volume, il quale non si mantiene, a nostro avviso, all'altezza di quelli precedenti.

Quasi per intiero esso è destinato alla chirurgia ed all'ortopedia; vi predomina la chirurgia del sistema osseo. Tra gli argomenti d'altra natura segnaliamo: una memoria di B. Tucker sui tumori cerebrali: sopra 15 casi operati ben 13 ebbero esito letale, onde il lavoro presenta, più che altro, interesse patologico; una monografia di Meroz (Ginevra) sui tumori primitivi del cuore; una relazione di Steel il quale avrebbe guarito cinque casi di piemia e tre di setticemia mediante la trasfusione del sangue d'individui immunizzati da una precedente infezione.

R. B.

M. LÉOPOLD LÉVI. *Les doses en Thérapeutique thyroïdienne.* Un op. di pag. 89. — Parigi, A. Malorne e Fils editori, 1918. Prezzo Fr. 2.

L'A. è notoriamente un apostolo dell'endocrinologia tiroidea. Nella sua concezione l'iper- e l'ipotiroidismo valgono a interpretare quasi tutta la patologia umana...

Ne viene che la terapia tiroidea è, per lui, il tocca-sana di una buona metà dei malanni che affliggono la nostra specie, dall'obesità alla calvizie, dalla stitichezza alle nevralgie. Importerebbe unicamente, secondo l'A., di saper regolare il dosaggio; onde egli ha creduto di dare alla luce questo volumetto, nel quale sono contenute non poche nozioni di un reale interesse, praticamente utilizzabili e che dimostrano l'eccezionale competenza acquistata in questo campo dall'A., competenza riconosciuta e sanzionata da varie distinzioni (premio Mége, premio Barbier).

Pur facendo qualche tara alle dottrine dell'A., il suo libro si raccomanda all'attenzione del medico, troppo spesso a corto di risorse terapeutiche.

R. B.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le indennità caro-viveri ai medici condotti. — Riceviamo e pubblichiamo:

On. Redazione del «Policlinico»,

Mi è grato rivolgerle vivissima preghiera sicuro che, come sempre, il *Policlinico* voglia strenuamente e autorevolmente difendere i vitali interessi dei medici condotti, e far compiere un atto di doverosa giustizia.

Come è pur troppo noto, nel decreto per l'aumento del 30 per cento agl'impiegati non si è tenuto alcun conto dei medici condotti. Si è pensato ai maestri, si è pensato ai parroci, a tutti, ma non per i medici condotti.

Si vociferò dapprima che si sarebbe provveduto anche pei medici condotti, vi fu in seguito una circolare dell'on. Presidente dei Ministri, del febbraio scorso, in cui si esortavano — badi, esortavano — i Comuni di concedere ai sanitarii quanto si era fatto per gli altri: molti, i più coscienti, risposero al doveroso appello, altri hanno *sdegnosamente* zittito.

Da ciò lo spettacolo poco incoraggiante, che in due Comuni ed a breve distanza fra loro, un medico condotto usufruisce del maggiore assegno e l'altro no, il meno retribuito.

È tempo che tale stridente squilibrio finisca, che un provvido decreto venga a colmare tale ingiusta lacuna.

Tutti abbiamo alti doveri dinnanzi alla santità della Patria, e nell'ora che volge nessuno ha il diritto di alzare un lamento, siano quanto si voglia enormi i proprii sacrifizii, ma sacrifizii e doveri siano eguali per tutti, gli umili e i deboli non debbono essere abbandonati, e ciò per amore di giustizia e di concordia.

Non soltanto lo scrivente, ma molti altri medici condotti hanno aspettato silenziosamente che fosse loro resa giustizia, ma intanto i giorni son passati e passano e nessun provvedimento per loro è venuto; e a dire che anche noi abbiamo i nostri Ordini, i nostri Sodalizi!

Spero che il *Policlinico* voglia prendere a cuore la causa giusta.

Ringraziando.

Dott. L. L., abbonato n. 5483.

ATTI PARLAMENTARI.

Esami di laurea
a studenti di medicina militare.

All'on. La Lumia il ministro della guerra ha così risposto:

«Il Ministero della guerra ha preso accordi col Comando supremo per facilitare il conseguimento della laurea in medicina e chirurgia ai militari studenti del sesto anno, ed il Comando suddetto ha comunicato il suo nulla osta perchè i militari di sanità studenti del 6° anno, che hanno dato già tutti gli esami speciali, siano autorizzati a presentarsi agli esami di laurea. Tale facilitazione sarà effettuata facendo fruire ai militari di cui trattasi, durante il periodo delle prossime sessioni di esami, licenze ordinarie e straordinarie che sono previste nel novero di quelle speciali per esami.

Analogo provvedimento sarà adottato per i militari di sanità laureandi in medicina che si trovano in zona territoriale».

Nel prossimo numero daremo le risposte ad altre interrogazioni sugli studenti di medicina.

Profilassi del carbonchio.

Gli on. Valvassori-Peroni e Sioli-Legnani hanno presentato una interrogazione al ministro dell'interno e al ministro d'agricoltura «sulla urgente necessità che, di fronte ai ripetuti casi di carbonchio che si verificano nella zona irrigua della provincia di Milano, siano dati immediatamente ordini alle concerie di pelli, dalle quali trae origine la gravissima infezione, perchè sia effettuata una rigorosa disinfezione e depurazione delle acque prima che vengano immesse nei canali di irrigazione, con tutti quei mezzi che l'esperienza e la scienza consigliano, quali la costruzione di pozzi ciechi per la depurazione delle acque od altro, e perchè sia vietato il sorgere di nuove concerie laddove è in pratica l'irrigazione»

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7301) *Elenco dei poveri.* — Dott. G. I. da T. — Durante l'anno si possono aggiungere nuove famiglie nello elenco dei poveri, seguendo la procedura all'uopo tracciata dal regolamento, ma non si possono depennare quelle che vi sono comprese, le quali hanno acquistato un diritto che non può essere distrutto se non per effetto della revisione annuale. L'articolo 19 del regolamento mentre, infatti, prevede e dà norme per le aggiunzioni infra l'anno, non parla affatto di eventuali cancellazioni, e ciò per la evidente ragione che esse sono vietate.

(7302) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. G. da F. — I due mesi di stipendio e successivamente la differenza fra l'assegno militare e quello civile si corrispondono al medico titolare della condotta che sia chiamato sotto le armi e non agli interini, quando anche la loro provvisorietà duri da diverso tempo.

(7303) *Aumento di stipendio.* — Dott. A. F. da S. — Il Consiglio comunale dovrebbe provvedere di sua iniziativa all'aumento di stipendio autorizzato dal D. L. del 10 febbraio ultimo. Non crediamo, però, che sia superfluo avanzare all'uopo analoga istanza.

Non è stabilito alcun limite di tempo entro il quale il Consiglio comunale deve provvedere. L'aumento va concesso solamente sullo stipendio che percepisce per la condotta di cui è titolare e non

su quello della condotta che Ella esercita interinalmente, perchè la relativa somma non è concessa a Lei come aumento di stipendio nè ad esso si è aggiunta, ma bensì come compenso per il maggior lavoro che sostiene per la supplenza del collega, chiamato sotto le armi.

(7304) *Pagamento di stipendii arretrati.* — Dott. D. S. da P. E. — In primo luogo per essere pagato degli stipendii arretrati occorre possedere i relativi mandati. Se Ella i mandati non ha, deve rivolgersi alla G. P. A. perchè li emetta di ufficio in luogo e vece del Comune, che non adempie agli obblighi di legge. Se poi possiede i mandati, deve presentarli allo esattore per il pagamento con anticipazione sui fondi che per qualsiasi ragione detiene in cassa, od anche con anticipazione effettiva fino alla concorrenza dei ruoli che deve riscuotere. In caso di inadempienza, richieda il rifiuto in iscritto, indicando le ragioni che lo determinarono. A seguito di ciò potrà far porre sotto sequestro le rendite patrimoniali del Comune, giusta le risultanze dei relativi ruoli. Solo in tal modo potrà realizzare quanto Le è legalmente dovuto. Non è possibile sospendere il pagamento del contributo annuale dovuto all'Ordine dei sanitarii della provincia, nè rifiutarsi a compiere le prestazioni professionali, cui è tenuto per contratto o per nomina in corso. Per ottenere poi uno stabile aumento di stipendio in vista della modestissima retribuzione che ora attualmente riceve, deve chiederlo alla G. P. A., ai sensi dell'articolo 26 della legge sanitaria, con domanda motivata, nella quale sarà fatto rilevare l'impossibilità in cui trovasi di poter andare avanti nell'attuale momento, con lo stipendio di sole lire 107 mensili.

(7305) *Sostituzione del medico condotto.* — Dott. V. C. A. da C. M. — Per rispondere esaurientemente alla sua domanda occorre che Ella si compiaccia ripeterla indicando la sua effettiva posizione, se, cioè, di ufficiale del R. Esercito inviato nel Comune per sostituire il medico condotto chiamato sotto le armi o di interino borghese, chiamato di iniziativa della amministrazione municipale. Siccome la risposta è diversa a seconda Ella si trovi nell'una o nell'altra qualità, non possiamo nulla dirle se prima non venga chiarito tale estremo di fatto. Favorisca, intanto, rinnovare, più dettagliatamente il quesito.

(7306) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. D. C. da L. R. — La circolare del Ministero del Tesoro del 14 febbraio 1918, n. 2160, diretta a tutte le Amministrazioni dello Stato e portante norme per l'applicazione del D. L. 10 febbraio 1918 circa i provvedimenti a favore di personali varii, chiaramente stabilisce che gli aumenti in detto decreto concessi decorrono dal primo del mese di febbraio del detto anno e cessano alla fine dell'esercizio finanziario successivo a quello in cui sarà pubblicata la pace, e che l'aumento stesso è da considerarsi come stipendio vero e proprio a tutti gli effetti di legge.

(7307) *Aumento di stipendio - Indennità caro-viveri.* — Dott. D. D. V. F. da P. di B. — L'obbligo ai Comuni di corrispondere l'indennità caro-viveri agli impiegati comunali fu imposto dal D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, a decorrere dal 1° luglio dello stesso anno. Per l'epoca antecedente durante la quale l'Amministrazione comunale non avea creduto concederla di propria iniziativa, non vi ha diritto a pretenderla. Il compenso che Ella riceve per il servizio che presta nella frazione, attualmente priva di titolare, non è vero stipendio, ma una semplice indennità, che percepisce pel maggior lavoro che è tenuto a sostenere per il doppio servizio. Pertanto non va esso aumentato in proporzione, così come è stato accresciuto lo stipendio della condotta in cui è titolare.

(7308) *Aumento di stipendio - Sessennio.* — Dott. A. D. N. da B. — La circolare del Ministero del Tesoro del 14 febbraio ultimo, n. 2160, chiaramente dispone che i termini di tempo fissati dalle disposizioni in vigore per la maturazione degli aumenti periodici (sessennii) non rimangono interrotti dalla elevazione degli stipendii recentemente accordata, e che gli aumenti stessi sono da valutarsi in base al nuovo stipendio. Per Lei, quindi, il sessennio decorre dall'ultimo aumento conseguito precedentemente all'attuale, ma però sarà calcolato sullo stipendio che ora percepisce.

(7309) *Trattamento economico dei medici condotti richiamati sotto le armi.* — Dott. P. C. da I. — L'articolo 1° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, nell'ultimo periodo dice: *Rimane salva l'applicazione del penultimo comma dell'articolo 20 del testo unico 22 novembre 1908, n. 693.* Ora il comma ed articolo predetto riguardano appunto la corrisponsione di due mesi di stipendio intero all'impiegato chiamato sotto le armi in caso di guerra.

(7310) *Aumento di stipendio.* — Dott. R. R. da F. — Contro il rifiuto opposto da codesto Comune di deliberare circa l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio 1918, Ella può ricorrere al Prefetto della provincia. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4682:

Le promozioni degli ufficiali medici effettivi, con grado di tenente, sono stazionarie al 30 aprile 1916. Non è quindi per ora possibile la sua promozione, data la sua minore anzianità.

All'abb. n. 6112:

Se Ella si deciderà ad entrare nell'Esercito o nella Croce Rossa, i suoi titoli verranno sottoposti ad una competente Commissione i cui responsi sono insindacabili. È probabile che le verrebbe conferito il grado di maggiore, ma non si può assicurarlo.

Al dott. A. R. da S. C. A.:

Dati i 22 anni di laurea e di conseguente esercizio professionale può aspirare alla nomina al grado di capitano.

Nulla vieta che l'Amministrazione comunale avanzi reclamo al Ministero, per la revoca del suo esonero.

Al dott. O. C. da S. V. S.:

Trattasi, come si è già detto, di disposizione che riguarda i militari di truppa e non gli ufficiali.

All'abb. n. 4322:

Gli ufficiali di classe antecedente a quella del 1870 non hanno obbligo di servizio. Però quelli che lo hanno assunto a loro domanda si intende che restano vincolati per la durata della guerra.

Non è escluso però che essi possano chiedere al Ministero di esser rimessi in congedo, ma ciò si potrà effettuare solo se lo consentono le contingenze del servizio.

Al dott. A. B. da C. M.:

Ella dovrà, per lo meno, assicurarsi il nulla osta da parte del Sindaco.

All'abb. n. 7117:

Nella Croce Rossa prestano servizio anche ufficiali riformati.

Occorre distinguere la causa che determina la riforma.

Al dott. G. G. da M.:

Per ora gli ufficiali medici effettivi nominati capitani con anzianità 14 gennaio 1916, non sono ancora stati promossi; quindi non può esserlo neppur Lei.

Circa l'impiego in zona territoriale degli ufficiali avvicendati, lo si fa in genere nel loro corpo d'armata di origine, ma è norma che può subire eccezioni, per ragioni di servizio diverse.

Nessun ufficiale, durante la guerra, può chiedere di « andarsene a casa ».

All'abb. n. 3429:

Ella sarà chiamato alle armi con il grado di tenente.

Se però, come appare, Ella ha compiuto 15 anni di esercizio professionale, potrà far domanda di ottenere il grado di capitano.

Al dott. V. V. da P.:

Prima che scada la proroga del suo esonero occorre che le autorità locali interessate facciano le pratiche opportune onde tal proroga sia rinnovata.

Ella personalmente non deve fare nessuna domanda.

All'abb. n. 9237:

Non spetta a Lei chiedere l'esonero. Tale domanda deve esser fatta dall'autorità civile che può esservi interessata.

Al dott. S. A. da C.:

Per ciò che concerne le questioni di competenza militare non vi è che da rispondere:

1° che l'esonero non può venir chiesto o rifiutato dal medico, ma viene concesso alle autorità interessate che ne fanno rilevare la giustezza, ed una volta riconosciuto giusto non può esser ritolto *ad libitum* del medico stesso;

2° che durante un periodo di indisponibilità restano sospese le promozioni.

All'abb. n. 2873:

Non esiste un termine stabilito per quanto Ella chiede. I consigli comunali fanno le domande quando il bisogno si presenta.

Tutta la pratica deve poi esser rivolta alla Prefettura (Commissione provinciale di esonero).

M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;

Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;

Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Versari Riccardo, ordinario di anatomia umana a Napoli, è nominato commendatore nell'Ordine Mauriziano.

Il dott. cav. Colloridi bey, di Alessandria d'Egitto, è stato insignito della Legion d'onore dal Governo francese, in riconoscimento dell'opera efficace e amorevole prestata dal nostro connazionale ai feriti francesi.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. LUIGI CIPRIANO, colonnello medico, ha perduto, sul Campo d'aviazione di Centocelle, il diletto figlio GIUSEPPE, capitano aviatore. P.

Il dott. GERALBERTO BUCCOLINI, medico condotto in Orvieto, ha perduto il suo unico figlio maschio, ENRICO, dell'età di soli anni 19 e mesi sette, sottotenente comandante la ... sezione bombarde da trincea, ferito da scoppio di granata nella strenua difesa del Monte Piana in Cadore, il 22 ottobre 1917, e morto poche ore di poi nell'Ospedale da campo 039. Decorato di medaglia d'argento al valore militare. R. B.

MEDICINA SOCIALE.

La Mostra delle opere di assistenza all'esercito.

A Palazzo Chigi, negli stessi locali che appartennero all'Ambasciata d'Austria, sono ora esposte le opere della pietosa ed illuminata assistenza che l'Italia ha attuato per i suoi figli.

Vi partecipano la Sanità militare, la Croce Rossa, la Marina militare, la Sanità pubblica, le diverse istituzioni di assistenza civile; evidentemente la prima vi ha la parte preponderante, sia perchè si trova per necessità di cose in più intimo contatto col soldato, sia perchè, conscia dell'altissima missione, ha saputo integrare in un insieme organico tutti i provvedimenti e le disposizioni per il benessere del soldato e per attenuare, nei limiti del possibile, le terribili conseguenze di quell'atrocità che è la guerra. Lavoro di Sisifo, forse, davanti all'immane distruzione; ma non per questo meno nobile e necessario per conservare alla patria ed all'umanità tutte le energie umane possibili, nel miglior grado di utilizzazione.

Un primo riparto riguarda i *servizî profilattici*: impianti di bagni, di lavanderie, di disinfezioni, laboratorî batteriologici, potabilizzatori per acqua. Speciale attenzione è rivolta alla prevenzione delle lesioni da freddo; per tale scopo l'abbigliamento del soldato è stato studiato in modo da rendere meno penosa la vita nelle regioni dove il freddo è più pungente e micidiale: ampie pelliccie candide, calzettoni e grandi stivaloni impermeabili, foconi per riscaldamento.

Abbiamo visto, in questo reparto, presso le maschere antiasfissianti, una lampada con la croce

rossa e la malinconica scritta «lampada della neutralità»; quanto sia rispettata la neutralità da parte dei nostri nemici lo sanno i molti portaferiti uccisi nel loro pietoso ufficio, gli ospedali bombardati (ricordate le vittime dell'incursione su Mestre?), le navi-ospedale silurate...

È in questa sezione dei servizî profilattici che la cooperazione con la Sanità civile è più intensa e più efficace, come lo dimostrano anche gli ottimi, impareggiabili risultati ottenuti.

Ancor più vasta e complessa, ed anche più suscettibile di una adatta dimostrazione, è l'organizzazione dei servizî sanitari propriamente detti, di cui si occupa in prevalenza, con attività e perspicacia, una sezione della stessa Sanità militare.

L'attuale esposizione, bene ideata e messa in opera con sano criterio di praticità, ci pone in grado di seguire il ferito, da quando l'umana barbarie lo affida alle nostre mani di medici, fino a quando ritorna ad essere una forza nell'economia dell'umanità.

Nell'ampio cortile del palazzo, fra i sacchi di terra, che proteggono un camminamento da cui si intravedono in uno sfondo le brulle montagne del Carso, si accede al posto di medicazione, che nella sua nuda semplicità è più eloquente di qualsiasi forbita descrizione. Qui si comprende in quali condizioni si svolge l'opera del medico, presso la linea del fuoco, sotto ripari che offrono una protezione affatto relativa, quando quella barella — che ora appare nitida e luccicante — è intrisa del sangue del ferito, che vi sta steso dolorante, mentre altri attendono, e fuori infuriano gli spari laceranti e arrivano magari le venefiche ondate dei gas. E si intende qui l'opera di sublime sacrificio dei medici nostri, e quanto sia meritato il vivo elogio che del loro sangue freddo hanno fatto i nostri alleati e, recentemente, in una conferenza a Londra, la Signora Hellis, che fu nella Croce Rossa inglese presso il nostro esercito.

Accanto al posto di medicazione, l'ospedaletto avanzato, con tutti i servizî inerenti; altrove l'arredamento ed i tipi di quelle grandi ambulanze, che raccolgono il fiore delle energie chirurgiche italiane ed hanno dato sì buoni risultati; le sezioni radiologiche montate su automobili. Nelle sale superiori, la riproduzione in plastica di un ospedale territoriale (quello del Quirinale), opera accurata e perfetta di un soldato artista.

Ma l'attività del medico, le cure che la Sanità militare ha per il soldato ferito, non si arrestano qui. Allorchè questi esce dall'ospedale, a guarigione chirurgica ottenuta, viene inviato ai varî centri per la continuazione dell'assistenza. I piccoli invalidi si concentrano negli istituti fisioterapici: qui sono esposti i necessari apparecchi di ginnastica medica e numerose fotografie, dimostranti le esercitazioni, che mettono in grado questi feriti di riprendere presto le loro occupazioni ed anche il loro posto tra le file. Metodi pratici e nuovi di rieducazione sono stati escogitati dal dott. Gualdi.

I grafici dimostrano che, con un aumento notevolissimo degli individui trattati, è cresciuto in proporzione quello dei ricuperati, mentre è rimasto sensibilmente costante il numero dei riformati.

Per gli ammalati del sistema nervoso esistono importanti e numerosi centri specializzati, sia psichiatrici che neurologici. L'attività di questi è dimostrata da grossi album di fotografie, pubblicazioni scientifiche, riproduzioni in plastica delle lesioni più importanti, risultati statistici, ecc. Si distingue tra gli altri il centro di Napoli, per l'interessante materiale esposto.

L'assistenza ai mutilati propriamente detti costituisce una delle sezioni più notevoli dell'esposizione. Quivi il medico si trasforma in vero artista, ridonando una fisonomia umana al povero viso deformato: i modelli di protesi oculo-facciale e stomatojatrica, nella loro impressionante evidenza, sono una chiara dimostrazione dei progressi ottenuti in questo campo. Nè minore ammirazione desta la protesi degli arti, in cui il medico deve associarsi al meccanico, per ridonare la funzionalità lavorativa a un povero moncone. Qui le diverse officine, che lavorano per conto dello Stato, hanno esposto svariati tipi di modelli adattabili ai diversi monconi, materiali differenti, meccanismi semplici ed ingegnosi, mani da lavoro di varie fogge, secondo la destinazione e secondo le case costruttrici, che gareggiano in abilità. Da segnalarsi fra esse l'officina di Firenze, con l'arto Paoletti, che per la sua praticità è stato acquistato dallo Stato, e quella di Bologna, che espone un modello in gesso del sistema Vanghetti. In verità questa geniale applicazione del chirurgo italiano sarebbe stata meritevole di una più ampia dimostrazione, in modo da farla meglio conoscere nei suoi particolari.

Ogni mutilato viene munito gratuitamente dei necessari apparecchi di protesi, prima provvisorî e poi definitivi, e rieducato professionalmente in scuole speciali, come si vede dalle molte fotografie esposte.

In una delle sale stesse della mostra lavorano con una attività notevole e con perizia non comune parecchi mutilati, mentre in molte altre sono esposti oggetti fabbricati da mutilati, oggetti di svariatissime specie, dai cestini per fiori alle lucenti granate da 75, destinate a vendicare le mutilazioni subite.

Un'altra importante opera compiuta dalla Sanità militare è l'assistenza ai tubercolotici di guerra, specialmente numerosi nelle tristi carovane che l'Austria ci restituisce dopo averli straziati, affamati, intossicati. Sono note ai nostri lettori le disposizioni prese in proposito, che nella Mostra vengono illustrate in modo da renderle evidenti nei loro scopi e nella loro efficacia. Di speciale interesse riescono le belle radiografie dei riparti per l'accertamento diagnostico e la riproduzione in plastica del tubercolosario di Porta Furba presso Roma.

Accanto ai servizî sanitarî militari, prosperano le varie forme di assistenza civile, sia che si occupino dei soldati (lavoro ai mutilati, scaldarancio, fornitura di oggetti di lana, ecc.), delle loro famiglie (ufficio notizie, sussidî) o dell'andamento dei servizî civili durante la guerra (lavoro femminile e simili). Anche queste forme sono qui convenientemente illustrate con pubblicazioni, diagrammi, ecc.; particolarmente belli e dimostrativi ci sono sem-

brati alcuni disegni della Croce Rossa per la propaganda igienica; perchè non si pensa a farne una larga diffusione anche a mezzo di cartoline illustrate? sarebbe una vera lezione di cose, certo più feconda di risultati, che tante noiose conferenze.

Ottimamente è riuscita nel suo complesso questa Mostra, alla quale nuoce però l'eccessivo affastellamento, a cui si sarebbe in parte potuto ovviare evitando le ripetute esposizioni degli stessi oggetti da parte di enti diversi. Sarebbe stata desiderabile altresì una disposizione più razionale degli oggetti stessi, in modo che il visitatore si trovasse certe volte meno disorientato.

Piccole osservazioni e critiche, le quali non intaccano menomamente il grande valore di questa esposizione che è stata così sagacemente organizzata dal colonnello dott. Scafi della Croce Rossa, e che ci auguriamo divenga permanente. Essa deve giustamente inorgoglire ogni italiano, per la lodevole attività spiegata nell'assistenza ai nostri valorosi soldati. Ed una vera rivelazione è stata questa per i nostri alleati, alla recente conferenza di Londra, dove si è riconosciuta la netta superiorità dell'Italia in questo campo.

Ed a proposito della nostra silenziosa laboriosità, di cui questa Mostra è una chiara prova, ci piace ricordare le parole che Rudyard Kipling scriveva dopo una visita alla nostra fronte: «Nulla vi si compie con vanità di pompa o con aria di parata. Ecco — ognuno sembra voler dire — il lavoro che facciamo. Ecco gli uomini ed ecco i meccanismi che adoperiamo... Traetene le vostre conclusioni».

INDEX.

NOTIZIE DIVERSE

Un grande Congresso di "Talassoterapia".

È nata nello scorso anno a Parigi una istituzione allo scopo di favorire l'espansione delle Stazioni termominerali, climatiche e balneari delle Nazioni alleate ed amiche, mediante Congressi riguardanti il turismo, l'alpinismo e le stazioni alpine, l'idrologia, l'igiene, la climatologia, la talassoterapia e le Stazioni termali; Congressi cui sono annesse relative esposizioni.

Per intelligenze passate fra tale Commissione ed il Principato di Monaco, il primo gruppo di questi sei Congressi avrà luogo a Monaco appena avrà fine la guerra. Per ciascuno di questi Congressi ed in ciascuno dei paesi alleati deve nascere un Comitato nazionale di organizzazione, completato da Comitati regionali.

Incaricato della organizzazione della partecipazione italiana a questo Congresso di Monaco, è stato scelto il Touring Club Italiano, e quale delegato generale il comm. L. V. Bertarelli; come presidente degli Uffici di presidenza dei Congressi scientifici il senatore L. Mangiagalli. Per il Congresso di talassoterapia è stato nominato presidente generale il sen. prof. Edoardo Maragliano.

Furono nominati presidenti onorari le personalità più in vista per le benemerenze speciali nella lotta contro la tubercolosi e per la creazione di Istituti di beneficenza e di profilassi nel Regno, e come tali furono chiamati i proff.: L. Bianchi, C. Bozzolo, sen. A. Carle, S. E. on. U. Comandini, E. De Renzi, sen. G. G. Della Somaglia, F. Durante, Pio Foà, C. Golgi, A. Lustig, E. Marchiafava, A. Murri, F. Novaro, F. Gatti, G. Lutrario, sen. E. Pini, march. D. Pallavicino. Segretario generale: il prof. F. Mariani di Genova.

Furono nominati vice-presidenti i professori: P. Albertoni, V. Ascoli, M. Ascoli, P. Castellino, L. Devoto, U. Gabbi, L. Giuffrè, L. Lucatello, V. Patella, F. Schupfer, A. Ceci, Garioni, P. Canalis, G. Lumbroso, L. Zoia, G. Zagari, ecc., ciascuno dei quali è alla sua volta presidente del relativo Comitato locale.

L'organizzazione di questi Congressi deve essere espletata nel più breve tempo possibile, di modo che subito dopo la cessazione delle ostilità, essi saranno inaugurati da S. A. S. il Principe di Monaco e rappresenteranno uno dei maggiori avvenimenti scientifici del dopo-guerra.

L'Associazione dei professori universitari

nella sua ultima seduta designava alla presidenza, con voto unanime, il sen. prof. Luigi Mangiagalli.

Non avendo però la votazione raggiunto il numero legale, si dovrà procedere ad altra votazione.

Nella stessa seduta il Consiglio dell'Associazione votava un ordine del giorno di alta italianità e metteva a disposizione del Governo le competenze tecniche e l'operosità dei soci.

Pei professori universitari.

Con Decreto luogotenenziale 12 maggio 1918, che sarà presentato al Parlamento per essere convertito in legge, è stata modificata la tabella C del Testo Unico delle leggi sull'istruzione superiore, in guisa da stabilire fra i posti di professore ordinario e quelli di professore straordinario di materie complementari delle RR. Università un rapporto numerico corrispondente al rapporto tra i posti di ordinario e i posti di straordinario di materie obbligatorie.

Così il numero degli ordinari di materie complementari è accresciuto da 39 a 51 e quello degli straordinari ridotto da 27 a 12.

In conseguenza di tale modificazione si renderanno possibili molte promozioni di professori straordinari stabili di materie complementari al grado di ordinario.

Per l'intesa intellettuale italo-inglese.

Una speciale Missione italiana si è recata in Inghilterra, invitatavi dal Collegio Britannico, allo scopo di promuovere i rapporti intellettuali tra i due paesi. Della missione ha fatto parte, in rappresentanza dell'Università di Napoli, l'on. Leonardo Bianchi.

Per gli ufficiali medici destinati in Libia.

Con recente disposizione il Ministero delle colonie, d'accordo con quello dell'interno, ha deciso che gli ufficiali medici destinati a recarsi in Libia seguano un corso preparatorio delle discipline interessanti il servizio cui sono chiamati.

Tale corso sarà tenuto a Napoli. L'insegnamento della clinica oculistica è affidato al prof. Ange-

lucci, della clinica dermosifilopatica, al prof. Stanziale, e delle altre discipline (igiene coloniale, internazionale, lingua araba) ai rispettivi professori dell'Istituto Orientale di Napoli.

Per la resistenza interna.

Or è qualche tempo si è tenuta a Brescia una adunanza fra il presidente dell'Unione medici, il presidente dell'Unione insegnanti ed un rappresentante delle Giunte diocesane autorizzato dal Vescovo, per addivenire ad un accordo di massima per l'attuazione di una efficace propaganda per la resistenza interna nella provincia.

Quel Convegno è stato fecondo di risultati benefici.

Riconosciuta la necessità d'intensificare la propaganda nelle plaghe rurali della provincia, questa venne suddivisa in numerose zone. Di volta in volta si sceglie la zona ove dev'essere tenuta una riunione, la quale viene indetta con circolare diramata a tutti i medici, i parroci ed i maestri della plaga, di solito in una borgata che può essere considerata come centrale.

Generalmente il sindaco del paese, richiestone con lettera, fa gli onori di casa e riceve i convenuti nella sala consigliare.

Le riunioni sono sempre discretamente numerose; vi è intervenuto qualche volta il deputato della regione.

Vi partecipano i tre rappresentanti dei medici, dei maestri e della Giunta diocesana, ognuno dei quali fa il suo discorso di propaganda; al medico è riservata la trattazione della parte tecnica (limitazione dei consumi). Segue la discussione fra i presenti: si sentono i desiderii, le proteste, le varie proposte che, ove occorre, vengono poi segnalate alle competenti Autorità civili e militari.

Per solito interviene anche un Tenente incaricato dal Comando di Divisione territoriale, il quale fornisce schiarimenti in ordine a tutte le provvidenze statali che possono riguardare i militari o le loro famiglie (esoneri, requisizioni, pensioni, sussidi, assistenza agli orfani, ecc., ecc.).

Le riunioni vengono sempre tenute in giorni feriali, per facilitare l'intervento ai parroci; per i maestri provvede il provveditore agli studi, quale presidente dell'Unione Insegnanti, e li autorizza a tenere chiuse le scuole in quel determinato giorno.

Il metodo si è dimostrato pratico ed utile. Se fosse esteso a tutta l'Italia, se ne trarrebbero benefizi urgentissimi.

Infermiere americane eroine.

Sono state proposte per la medaglia inglese al valore militare due infermiere americane: Evan-Jane Parmales, perchè, quantunque lanciata a terra e ferita dall'esplosione di una bomba durante un raid aereo nemico, diede prova di grande spirito di sacrificio continuando a prodigare le sue cure, durante il resto della notte, ai malati ed ai feriti della sua sala; e Beatrice Mac-Donald, perchè, essendo di servizio come infermiera chirurgica ad una stazione di evacuazione, mantenne impavida il suo posto durante un'incursione aerea nemica, rimanendo accecata da una scheggia di granata.

È morto a 82 anni il prof. LÉON REVILLIOD, già direttore della Clinica medica di Ginevra. Tra i suoi lavori richiamarono l'attenzione quelli sull'antagonismo tra tubercolosi e pneumotorace naturale e tra tubercolosi e febbre tifoide e sull'«affinità di predisposizione» tra tubercolosi e difterite. Il *sifone Revilliod*, destinato ad esercitare un'aspirazione modica e continua nelle pleuriti purulente, attesta la sagacia tecnica del valente clinico. Menzioniamo ancora le sue ricerche sulla paralisi del facciale superiore nelle emiplegie d'origine cerebrale, rivelata da ciò che egli chiamava il *segno dell'orbicolare;* i suoi lavori sulla *febris pallida*, sugli ascessi di fissazione, sulla cura dell'asma essenziale mediante il siero antidifterico, ecc. I suoi articoli sulla fatica (*ponosi*) e sulle funzioni d'eliminazione sono densi di vedute originali. Si occupò con passione anche di filosofia della medicina. Non temeva di andare contro le idee correnti. B.

Il fascicolo 6° (1° giugno 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

Prof. S. RICCA: *Il problema clinico-chirurgico delle lesioni da guerra dei nervi periferici a tipo paralitico.*

Prof. E. CAVAZZANI: *In tema di gas asfissianti e di campi tattili.*

Prof. T. SILVESTRI: *A proposito del potere uricolitico delle glandole a secrezione interna.*

Il fascicolo 6° (15 giugno 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

Dott. E. PIRONDINI: *Applicazione della azoturia sperimentale alla chirurgia renale.*

Dott. V. CALÒ: *Studio clinico dell'infezione gassosa nelle ferite di guerra.*

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.
(24)

Anno XXV. Roma, 23 giugno 1918 Fasc. 25.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

22° CORPO D'ARMATA - OSPEDALETTO 138.
Dirett. di Sanità, colonn. cav. VITTORIO ABELLI.

La cura delle ferite settiche con una soluzione zuccherina di acido lattico

per il capitano medico GIOVANNI MORUZZI, direttore dell'Ospedaletto 138 ed il tenente medico BARTOLOMO GHEZA, direttore del Reparto Chirurgico.

Per consiglio ed aiuto del Direttore di Sanità del 22° Corpo d'Armata, colonnello cav. Vittorio Abelli, abbiamo sperimentato nelle ferite settiche una soluzione di 15 gr. di acido lattico e di 250 gr. di zucchero su 1000 gr. di acqua.

Per la composizione della soluzione suddetta ci siamo basati sul risulato di ricerche in corso di pubblicazione del capitano medico Giovanni Moruzzi.

I casi trattati furono 20 di cui due di gangrena gazosa e 18 flemmoni. Crediamo opportuno di dare un'idea generale sul trattamento e sul decorso delle ferite durante la cura, per passare poi alla descrizione dettagliata dei pochi casi che a noi sembrano più degni di interesse.

Questo liquido di semplice costituzione è, come il siero peptone fermentato (1) di cui è una

(1) La neo-batterioterapia lattica nelle ferite di guerra. (Relazione del colonnello medico P. Giani, al Congresso di Chirurgia di Bologna, marzo 1917).

derivazione, uno dei tanti mezzi di cui dispone il chirurgo e non può conseguentemente sostituire gli altri noti avendo una indicazione speciale che, a parere nostro, è data dalla setticità e dal torpore della ferita.

Come sopra accennammo furono da noi curati 20 individui affetti da forme settiche, tutte degli arti con prevalenza all'avambraccio.

Sulla diagnosi non era possibile alcun dubbio, bastando per diagnosticare tali forme morbose a chi ha una certa pratica, i sintomi clinici quando non ne è possibile l'accertamento batteriologico.

Sebbene alcuni fossero stati inviati al nostro Ospedaletto già incisi nel focolaio di infezione, tuttavia avevano tutti febbre alta, dolori ed un certo grado di intossicazione generale.

Si tenne in tutti i casi il seguente trattamento: toilette scrupolosa dell'arto, ampie e numerose incisioni profonde fino al piano muscolare ed oltre questo secondo il bisogno ed oltrepassanti in estensione la regione infiammata, asportazione la più completa possibile dei tessuti degenerati sin a quasi cruentare la ferita, abbondante lavaggio con acqua sterile, indi lavaggio, leggera zaffatura ed impacco abbondante con la predetta soluzione.

La medicazione viene ripetuta 2 volte al giorno, l'impacco mantenuto a permanenza.

In nessun caso si ebbero a lamentare inconvenienti, in tutti o quasi tutti invece abbassamento repentino della febbre che scompariva quasi completamente in quarta o quinta giornata, arresto dei fatti infiammatori, scomparsa dei dolori e, ciò che fu veramente soprendente la pronta reazione dei tessuti, sì chè dopo la terza e quarta giornata anche le ferite più suppuranti o più putride presentavano già fondo e margini rosseggianti e celermente si coprivano di granulazioni attivissime e vorremmo dire di *una vivacità tale da superare qualsiasi processo di guarigione per prima.*

Caratteristico il colore rosso vivo di tali granulazioni che hanno ben poca tendenza a sorpassare i margini ed il livello della ferita per cui solo di rado si dovette procedere alla cauterizzazione.

Per metodo, in quarta o quinta giornata, allorchè la ferita è detersa, si sospende la medicazione con la suddetta soluzione, sostituendovi *un'unica polverizzazione giornaliera con lattosio in polvere* che venne da noi trovato un ottimo complemento di cura.

Veniamo ora alla descrizione clinica dei due casi di gangrena gazosa.

CASO I. — Soldato P... C..., batteria bombardieri, ferito il 10 ad ore 11 sul Zebio, da scheggia di granata alla gamba destra. Medicato al posto di medicazione solo verso le 18 potè essere trasportato ad un ospedaletto da campo, dal quale il mattino successivo venne trasferito ad altro ospedaletto, ove subì medicazione accurata della ferita, dalla quale vennero estratti dei brandelli d'indumenti — il giorno 12 sera viene accolto in questo ospedaletto — per il numero dei feriti accolti contemporaneamente, avendosi dovuto medicare i più gravi, si rimanda la medicazione del Padulo alla mattina del 13. L'ammalato si presenta in condizioni generali piuttosto scadenti, polso frequente, piccolo (105), lingua arida e rossa, nulla si riscontra di notevole all'esame degli organi interni, tutta la gamba destra e il piede sono uniformemente tumefatti, la cute è lucida, di colorito brunastro, con alcune chiazze echimotiche, alla palpazione si avverte crepitìo intramuscolare, e si provoca fuoriuscita di bolle gazose commiste a pus fetido dalla ferita che è situata circa al terzo medio della gamba, alla regione anteroesterna, quasi a ridosso della tibia, ed è lunga circa dieci centimetri con margini necrotici. Comprimendo i bordi della ferita il crepitìo è più manifesto, la secrezione, fetida, gazosa, è più abbondante, il paziente ha febbre (39.2).

Si fa diagnosi di *gangrena gazosa*, i segni della quale raggiungono circa il terzo medio della coscia.

Ad A. sveglio (chè le gravi condizioni controindicavano la narcosi) si praticano due ampie incisioni, interessanti cute-cellulare sottocutaneo e fascia muscolare, l'una sulla faccia antero-esterna della gamba, l'altra sulla faccia antero-interna, e che si estendono dall'interlinea epifisaria superiore al piede; i muscoli, assai tesi, di colorito pallido anemico crepitanti alla pressione, vengono divaricati l'uno dall'altro, il pus misto a bolle gazose d'odore caratteristico scola abbondante anche dagli interstizi muscolari; circa al III medio della tibia che è scheggiata nella cavità midollare, quasi avvolta in brandelli d'indumenti, si rinviene una scheggia metallica rotondeggiante, a bordi taglienti, del volume di una nocciola. Si pratica scrupolosa toilette delle ferite con acqua sterile, indi si lava abbondantemente con soluzione di acido lattico, si drena tra i muscoli con garze imbevute della stessa soluzione, che viene usata anche come impacco.

Si praticano iniezioni d'olio canforato.

Al mattino del 14, le condizioni generali sono per nulla migliorate, la febbre è molto alta, il polso piccolo, l'arto è molto tumefatto, i muscoli tesi da gaz, asfitici, tendono a uscire dalle ferite, alla coscia l'infiltrazione gazosa ha progredito in alto; si pratica una terza ampia incisione sulla faccia posteriore della gamba, si distaccano ancor meglio i fasci muscolari, si praticano due ampie incisioni sui lati della coscia dal ginocchio e che sorpassano il terzo medio.

Si lava, si drena e si ripete l'impacco con soluzione lattica.

Il giorno dopo (15) si avverte leggero miglioramento generale e locale, e il fetore caratteristico quasi scomparso, però la febbre è ancora alta (39°). Si ripete anche nei giorni successivi la stessa medicazione e il giorno 16 l'odore è completamente scomparso, la temperatura raggiunge un massimo di 38,2.

Dopo otto giorni, i fatti infiammatori sono

completamente arrestati, i muscoli acquistano aspetto quasi normale, l'arto è diminuito di volume e va acquistando colorito normale; si sospende la medicazione umida e si medica con polvere di lattosio. Il miglioramento procede assai celeramente sì che il 25 febbraio le ferite sono bene granuleggianti, le condizioni generali del paziente ottime, sì che può essere dichiarato del tutto fuori pericolo.

Caso II. — Soldato F... F... del genio, compagna zappatori. Entra in questo Ospedaletto il giorno 12 giugno. Proviene da altro Ospedaletto da campo. Ferito il giorno 10 sullo Zebio, alle ore 19, da scheggia di granatá al braccio sinistro, soccorso al posto di medicazione, poi passato all'Ospedaletto da campo.

L'individuo di costituzione piuttosto gracile, assai denutrito, faccia cadaverica, occhi infossati, ha febbre alta (39,2), lingua patinosa, arida, polso quasi filiforme (120).

Presenta al braccio sinistro, un'ampia ferita lacero-strappata, che dal III inferiore del braccio, raggiunge l'articolazione scapolo-omerale, l'omero è frantumato in tutta la sua diafisi, il braccio è in toto molto tumefatto, echimotico, crepitante alla palpazione, la ferita ha colore verde-scuro, è coperta di brandelli necrotici e da un'abbondante secrezione fetidissima, dagli interstizi muscolari e da sotto cute secrezione gazosa caratteristica, la spalla sinistra, la regione scapolare e dorsale fino oltre la linea mediana, tumefatte, succolente di colorito nerastro, con chiazze gangrenose.

La ferita girando all'interno dell'articolazione scapolo-omerale, termina a fondo cieco in corrispondenza del margine esterno della scapola; tra le fibre del deltoide e del sottospinoso. Dopo abbondante lavatura con acqua sterile, si sbriglia la ferita oltre l'acromio, e con una pinza da presa viene estratta una voluminosa scheggia di granata (del peso di 200 gr. circa) quasi avvolta in brandelli d'indumenti, e quasi addossata al margine esterno della scapola; si pratica quivi una vasta contro-apertura, e da questa si svuota una sacca, di pus di colorito verdastro, molto aereato, di odore fetidissimo, ricco di cenci necrotici; si asportano schegge ossee dell'omero e brandelli d'indumenti infiltrati nei monconi di frattura.

Si pratica abbondante lavatura con soluzione lattica, zaffatura e impacchi della stessa soluzione, ipodermoclisi e iniezioni eccitanti.

Il giorno dopo le condizioni generali del paziente, sono sempre allarmanti, la secrezione è sempre abbondante, l'odore leggermente modificato, l'infiltrazione gazosa è diminuita, si ripete la medicazione del giorno prima.

Per parecchi giorni le condizioni generali si mantengono allarmanti; localmente, sebbene la secrezione si mantenga abbondante, scomparve dopo circa una settimana, quasi del tutto l'odore caratteristico, la tumefazione circostante e la secrezione gazosa, i tessuti acquistarono gradatamente colorito quasi roseo, e dopo dieci giorni (23) essendo la ferita bene granuleggiante, si sospese la medicazione con soluzione lattica, sostituendola con la polvere di lattosio.

Il 27 le condizioni generali sono migliorate, la febbre è scomparsa, e la ferita granuleggia rapidamente.

***

Quantunque per la mancanza di mezzi noi non abbiamo potuto fare l'esame batteriologico del pus della ferita, pure poniamo con certezza la diagnosi di gangrena gazosa, perchè dato il quadro clinico dei due casi (odore di putrefazione, bolle gazose, muscoli rigonfi e pallidi, nessuna o ben scarsa fuoriuscita di sangue negli interventi anche radicali, stato generale grave), non vediamo quale altra diagnosi sia possibile.

Descriveremo ora in breve tre casi di flemmoni che più degli altri sembrano degni di importanza:

Caso I. — Soldato M... D... del ..... fanteria, entra in questo Ospedale proveniente da altro Ospedaletto il giorno 6 luglio, ferito sul Monte Zebio, il giorno quattro, da bomba a mano. Ha febbre (39.6), polso (130). Si lagna di dolori acutissimi all'avambraccio destro; dopo due ore del ricovero si passa alla medicazione. Presenta al 3° inferiore dell'avambraccio destro, una ferita trasfossa, con foro d'entrata alla regione dorsale e foro d'uscita alla regione palmare del 3° inferiore dell'avambraccio, frattura complicata e comminutiva del radio e dell'ulna in corrispondenza della ferita. I tessuti all'intorno delle ferite sono molto infiltrati, arrossati con qualche chiazza verdastra. Alla pressione si ha leggero crepitìo, fuoriuscita di pus abbondante, fetido, commisto a bolle gazose. Tutto l'avambraccio fino al gomito è molto aumentato di volume (quasi il doppio del normale), la cute, di colorito rosso-brunastro, tesa, di aspetto lucido, una zona molto arrossata, raggiunge circa il 3° medio del braccio.

Sotto anestesia eterea si fa un'accurata toilette nel focolaio di frattura, asportando frammenti ossei e piccoli brandelli d'indumenti. Si pratica poi, lungo la regione dorsale dell'avambraccio, che è la più tumefatta, un'ampia incisione che dal focolaio di frattura, raggiunge il gomito e si estende in profondità al tessuto muscolare. Si ha eliminazione di pus assai fetido, commisto a poche bolle gazose, eliminazioni di abbondanti cenci necrotici; si pratica abbondante lavatura con acqua sterile, indi lavaggio, zaffamento e impacco con soluzione lattica zuccherina.

Il giorno dopo, la temperatura è discesa a 38,5; le condizioni generali sono leggermente migliorate; l'arto meno tumefatto, la ferita poco suppurante. Si ripete la medicatura solita anche alla sera e nei giorni seguenti. In quinta giornata la febbre è completamente scomparsa; l'arto è detumefatto, la secrezione limitata solo al focolaio di frattura. La ferita operatoria arrossata, comincia a granuleggiare, si sostituisce la medicazione umida con polvere di lattosio. In dodicesima giornata, per necessità di letti, si sgombra su Vicenza in ottime condizioni generali, con ferita bene detersa, abbondantemente granuleggiante, l'arto di colorito e volume normali.

CASO II. — Il caporale C... G..., del ..... fanteria, entra in Ospedale il giorno 25 luglio proveniente da altro Ospedaletto. Riferisce che circa cinque giorni prima, senza alcuna causa palese, avvertì dolore, indi tumefazione, che dalla regione radio-carpica sinistra si estesè a tutto il gomito.

Condizioni generali scadenti, colorito pallido, occhi molto infossati, temperatura 39,3, polso 125. Tutto l'avambraccio sinistro è notevolmente tumefatto, specie alla regione dorsale del 3° medio, ove la cute è molto arrossata, tesa, dolente; si ha senso di fluttuazione molto profonda, che si estende fin quasi alla regione dorsale del corpo. Si pratica, subito un'ampia incisione alla regione dorsale dell'avambraccio, estesa dal gomito al 3° inferiore dell'avambraccio e raggiungente in profondità il piano muscolare, e si disseccano il più possibile anche i muscoli, essendo anche questi infiltrati; si ha abbondante eliminazione di pus, specie dalle guaine muscolari. Tutto il connettivo sottocutaneo era trasformato in una poltiglia cremosa, purulenta che viene completamente asportata con abbondante lavaggio di acqua sterile; si pratica la solita medicazione con soluzione lattica-zuccherina che viene ripetuta anche nei giorni seguenti. In sesta giornata il paziente è completamente apirettico, l'arto è detumefatto, la ferita bene detersa comincia a granuleggiare; si inizia la medicazione asciutta con lattosio. La ferita andò celeramente rimarginandosi.

Il soldato M... A... si presenta in questo ospedale il giorno 21 luglio, proveniente da altro ospedaletto. Sembra che circa à giorni prima gli sia prodotta escoriazione al 3° inferiore della gamba destra, regione posteriore. Per mancanza di cure andò localizzandosi un fatto infiammatorio alla gamba, la quale è notevolmente tumefatta, di volume molto superiore al normale, dolente ai movimenti attivi e passivi; la tumefazione si estende dal piede fino al 3° inferiore della coscia. Nella regione postero esterna, la tumefazione è molto più accentuata e con la palpazione si avverte una profonda zona leggermente fluttuante.

Condizioni del paziente sono discrete, temperatura 39,4, polso 120; si pratica nella regione postero-esterna della gamba un'ampia incisione che dal 3° inferiore raggiunge il 3° superiore della gamba, mettendo bene allo scoperto il piano muscolare. La fuoriuscita di pus non è molto abbondante, trattandosi più di un processo acuto d'infiltrazione purulenta intramuscolare; si pratica la solita medicazione di soluzione lattica-zuccherina.

In terza giornata la febbre è scomparsa, la ferita quasi detersa; si continua la medicazione con polvere di lattosio ed anche in questo caso si ha un processo di riparazione rapidissimo.

Dall'insieme dei casi trattati abbiamo acquistato la convinzione che la nostra soluzione zuccherina di acido-lattico per il rapido arresto del processo infiammatorio e della febbre e per il pronto ed attivo processo di riparazione dei tessuti che conduce a rapidissima guarigione sia indicata nelle ferite settiche a reazione torpida.

DIVAGAZIONI.

Il giornalismo medico anglo-sassone.

Per lunghi anni abbiamo quasi ignorato le pubblicazioni mediche inglesi e nord-americane, un po' per negligenza, un po' perchè sopraffatti dall'invadente produzione teutonica; ma da qualche tempo siamo venuti ricredendoci e ormai abbiamo finito per riconoscere che nel campo della medicina i popoli anglo-sassoni hanno raggiunto una posizione, se non dominante, certo molto elevata.

Essa si rispecchia nella stampa medica periodica. Su di questa ci proponiamo di raccogliere alcune impressioni; assolveremo così un compito gradito, quello di contribuire all'intesa intellettuale con i popoli generosi e invitti che oggi combattono al nostro fianco.

Considereremo insieme l'Inghilterra e gli Stati Uniti; etnograficamente questi ultimi risultano dalla fusione di molte razze, ma vi prevale quella anglo-sassone, che ha assorbito le altre e ne ha plasmato la psiche.

Faremo astrazione dagli altri Paesi abitati da anglo-sassoni, ove il giornalismo medico non ha assunto uno sviluppo tale da imporsi all'attenzione.

***

Periodici d' indole generale. — Le caratteristiche essenziali del giornalismo medico nell'Inghilterra e negli Stati Uniti emergono dai periodici d'indole generale, quelli che si rivolgono alla gran massa dei pratici: li diremmo giornali omnibus, sul tipo del *Policlinico*, sezione pratica, della *Riforma Medica* o della *Gazzetta degli Ospedali*.

Nell'Inghilterra due giornali del genere detengono il campo, il *Lancet* e il *British Medical Journal*. Negli Stati Uniti ve ne sono altri due molto diffusi e quotati, il *Journal of the American Medical Association* (questo titolone suole abbreviarsi in «Journal A. M. A.») e il *Medical Record*.

Accanto ai quattro notati però ne fioriscono alcuni altri.

Il *British* è organo ufficiale dell'Associazione Medica Britannica, cui sono iscritti quasi tutti i medici esercenti dell'Inghilterra e delle Colonie, in numero di oltre 20,000. Il *Journal A. M. A.* (come lo dice il nome) è organo ufficiale dell'Associazione Medica Americana, la quale abbraccia un numero straordinariamente elevato di medici, circa 60,000.

Queste condizioni mettono i due periodici in una posizione privilegiata rispetto ai loro confratelli. Il *Journal A. M. A.* ha saputo valersene ed è riuscito a primeggiare tra i giornali di medicina pratica, non solo negli Stati Uniti, ma in tutti i paesi: a nostro avviso non ve ne sono altri di così bene redatti. Invece il *British* la cede, sotto alcuni riguardi, al suo rivale, il *Lancet*, che da circa un secolo si mantiene la rivista medica più reputata e più autorevole dell'Inghilterra.

Tutt'e quattro i periodici dei quali andiamo occupandoci si pubblicano settimanalmente, in fascicoli di formato grande e di mole piuttosto cou-

siderevole (anche a prescindere dalle molte pagine di *réclame*), su doppia colonna, in carta buonissima (il *Lancet* e il *British* fanno un'edizione speciale per l'estero, in carta resistente ma sottile, allo scopo di ridurre le spese postali; in Italia non conosciamo che questa edizione economica).

Per il testo adoperano largamente i caratteri minuti, così che riescono a far posto a moltissimo materiale.

Solo da una dozzina d'anni il *British* ha migliorato la carta e ingrandito il formato. In questi ultimi tempi i due giornali inglesi hanno cominciato a risentire le conseguenze della guerra: hanno ridotto sensibilmente il numero delle pagine.

* * *

I contributi originali. — Non è facile cogliere e rendere le tendenze e le caratteristiche della produzione originale consegnata in queste quattro riviste, le quali hanno molta parte nel mantenere in efficienza la professione medica dei paesi anglo-sassoni.

Per solito i numeri delle due riviste inglesi si aprono con *lectures* o *adresses*, che ne costituiscono la parte più generalmente apprezzata dai pratici.

Si tratta di conferenze tenute in seno a società o accademie (vengono retribuite quasi sempre con il reddito di cospicui legati), ovvero di lezioni per corsi di perfezionamento.

Differiscono dalle nostre lezioni cliniche in quanto concernono argomenti d'indole generale, anche se talvolta sono illustrate da brevi casistiche o dalla presentazione di qualche paziente. Sotto molti riguardi assumono il posto delle nostre cosidette «riviste sintetiche»; ma mentre queste ultime sono quasi sempre esercitazioni laboriose di giovani medici, poco noti e poco sicuri di sè, le conferenze inglesi sono tutte dovute a personalità spiccate, che hanno raggiunto i fastigi della professione o della scienza e che dominano gli argomenti presi in esame, per essersene occupati *ex-professo*: quindi assurgono a tutt'altro valore.

In conformità allo spirito inglese, gli oratori affrontano di preferenza problemi d'interesse pratico; vi trasfondono tutta la loro esperienza ed il loro acume critico, vagliando con sicura competenza il buono ed il nuovo dall'ingombrante e dal sorpassato: compiono così opera preziosa di volgarizzazione tra i colleghi.

Nei due periodici americani il posto delle conferenze è preso da relazioni e comunicazioni tenute in seno ai numerosi congressi ed alle infinite società mediche degli Stati Uniti: i redattori le scelgono con discernimento, assegnando la preferenza a quelle che rispondono di più ai bisogni della pratica, e le offrono integralmente ai lettori.

Quasi tutte contengono una revisione accurata degli argomenti dei quali si occupano: quindi finiscono per ricondursi anch'esse alle nostre riviste sintetiche. Poche — quelle di carattere scientifico — espongono concisamente i soli dati nuovi e li corredano di commenti sobrii. Il *Journal A. M. A.* fa seguire, ad ogni relazione o comunicazione, le discusisoni sollevate, le quali lumeggiano i vari lati del problema: ne deriva una «messa a foco» precisa e spesso completa.

Oltre alle conferenze ed a qualche studio scientifico, nei due periodici inglesi si trova moltissima casistica, pregevole ma un po' arida: tutte le volte che un medico inglese s'imbatte in qualche malato che egli giudica interessante, ne raccoglie la storia e la affida al suo giornale preferito, per lo più il *Lancet* o il *British*.

I medici americani invece agitano volentieri le questioni d'indole generale: nuove concezioni eziologiche, patogenetiche e terapeutiche, ripercussioni sociali della medicina, rapporti della medicina con la biologia pura, ecc., ecc. Evidentemente questi temi esercitano una forte seduzione sullo spirito *yankee*, a torto ritenuto troppo commercialista; non solo, ma generalmente vengono trattati con penetrazione, limpidezza e originalità. Ricordiamo, a titolo di esemplificazione, una serie di magnifici articoli di Maverik nel *Medical Record* sugli «errori della natura».

Una rubrica a parte, molto nutrita, riunisce le descrizioni di strumenti, apparecchi e dispositivi nuovi, la cui abbondanza comprova le attitudini inventive dei popoli anglo-sassoni. Se questi nuovi trovati dovessero adottarsi tutti nella pratica, gli armamentari medici e chirurgici andrebbero rinnovati un paio di volte l'anno!

* * *

Gli «editorials». — La rubrica più caratteristica dei giornali medici anglo-sassoni è quella degli *editorials*, che noi potremmo chiamare articoli redattoriali. Costituiscono la parte più letta: per prima cosa il medico inglese od americano, nel ricevere il suo giornale, va quasi a colpo sicuro a cercarvi gli «editorials», brevi, lucidi, interessanti. Trattano questioni svariate: scienza pura, patologia, terapia, clinica, igiene, sociologia medica, organizzazione sanitaria, interessi professionali, curiosità, ecc. — purchè richiamino l'attenzione del momento.

V'è sempre la nota personale del redattore, che mette in evidenza i dati più notevoli, li raffronta con altri dati, dà dilucidazioni, fa rilievi critici, ecc.

Gli «editorials» un po' estesi vanno anche sotto il nome di «*leading articles*» o articoli di fondo; quelli brevi passano come «editorial notes» o «annotations».

Il *Journal A. M. A.* pubblica alcuni articoli speciali, per lo più di terapia, qualche volta d'igiene, diagnostica, ecc., consacrati esclusivamente all'esercizio corrente della medicina.

Sono quasi tutti interessantissimi: rivelano una conoscenza ampia e precisa delle questioni prospettate ed un raro equilibrio critico. Possono considerarsi come la parte più utile di quel giornale; certamente è quella che ha maggiormente contribuito ad accreditarlo; anzi, a molte riprese è stato espresso dai lettori il *desideratum* che venisse ulteriormente sviluppata.

Gli «editorials» delle varie riviste mediche si

completano, in qualche modo, a vicenda. Cosicchè un abbonato a due o tre di esse, il quale si limiti a leggerne gli «editorials», è sicuro di mantenersi, col minimo sforzo, a giorno dei progressi principali realizzati nella scienza e nell'arte di guarire.

***

Le «corrispondenze». — Uno degli aspetti più simpatici delle riviste settimanali inglesi ed americane di medicina, è dato dalle numerose *corrispondenze* dei lettori.

Sono lettere brevi, indirizzate al redattore capo o «editor», nelle quali vengono scambiate idee e osservazioni tra i mittenti, vengono consegnati rilievi scientifici e pratici, agitate discussioni, sollevate polemiche, avanzate rivendicazioni, ecc., ecc. In questo modo molti problemi sono precisati, circoscritti e talvolta elucidati. Non solo, ma si stabilisce un'intima e continua unione intellettuale tra i lettori, che vengono a costituire come una famiglia.

Alle volte tra le corrispondenze si ritrova qualche contributo originale di molto pregio.

Oltre a questa rubrica — vera palestra il cui accesso è libero a tutti i lettori — il *Journal A. M. A.* mantiene una consulenza tecnica molto attiva: i lettori formulano dei quesiti — sempre numerosi e sempre svariati — ai quali risponde la redazione in modo impersonale, con sorprendente precisione e competenza, in termini brevi ed evidenti. Vi si dà anche esito alla richiesta d'indicazioni bibliografiche, le quali concernono quasi sempre argomenti specialissimi e ristretti: evidentemente a tale scopo si è resa necessaria un'organizzazione *ad hoc*.

Questa consulenza è sul tipo della «Posta degli abbonati», salvo che nel *Policlinico* i redattori assumono personalmente la responsabilità delle risposte, apponendovi la firma o la sigla.

***

La medicina sociale. — Un lato meritevole di speciale rilievo nella stampa medica anglo-sassone è lo sviluppo assegnato alla medicina sociale.

Sono agitati i problemi dell'igiene che interessano la collettività, come l'alimentazione, l'educazione fisica, l'approvvigionamento idrico, ecc.; si fa largo posto alla profilassi delle malattie più diffuse e più gravi, come la tubercolosi, la sifilide, il cancro, il tifo, la meningite epidemica, la paralisi infantile, l'alcoolismo, ecc.; è valorizzata al massimo la tendenza odierna della medicina alla diagnosi precoce ed a vagliare e interpretare i sintomi in apparenza più trascurabili e inconsistenti, allo scopo di cogliere l'inizio degli stati morbosi e di provvedere in tempo e con efficacia a combatterli, prima che si siano decisamente affermati.

Anche gl'interessi professionali sono presi in esame, per solito, solo in quanto hanno ripercussioni sociali. Così accadde per il problema delle assicurazioni statali contro le malattie, che tenne agitata per tanto tempo la stampa medica inglese e, di riflesso, quella americana, e finì con una parziale sconfitta dell'Associazione Medica Britannica.

Il *British* prospetta i problemi professionali in un supplemento, che raccoglie quanto concerne la vita interna dell'associazione e reca informazioni varie.

Nella zona limite tra la medicina sociale e gl'interessi professionali, è venuta impostandosi e viene condotta con impegno crescente un'attiva campagna contro le specialità terapeutiche ciarlatanesche, le quali sono oggi divenute più perniciose di molte epidemie.

In Italia non è ancora sentito il bisogno di difenderci contro questa produzione invadente, la quale pregiudica insieme la classe medica e la salute pubblica. Anzi essa ha ricevuto una sanzione ufficiale, con l'iscrizione di molte specialità nella nostra Farmacopea. Qualche richiamo dello scrivente e di altri è rimasto, non che inascoltato, del tutto inavvertito.

Invece la lotta contro le «patent medicines» o «proprietary medicines» costituisce uno dei compiti più brillanti che abbiano assegnato a se stessi alcuni giornali medici anglo-sassoni.

Il *Journal A. M. A.* detiene da anni il *record* in questo campo: esso compie inchieste diligentissime e pubblica articoli oltremodo documentati, cui fa posto in una speciale rubrica, la «Propaganda for Reform», che tende ad affrancare il paese dal cosidetto «American Evil», quasi che il male esistesse unicamente in America!

Quel periodico ha sostenuto lotte memorabili contro molti prodotti, dal sanatogeno agli sciroppi d'ipofosfiti. Alcune case produttrici si sono ribellate ed hanno intentato processi giudiziari divenuti celebri contro la redazione; di recente se n'è svolto uno interminabile, promosso dalla ditta del «wine of Cardui»: passarono per la Corte di Giustizia i più reputati clinici e farmacologi nord-americani.

Malgrado le vittorie riportate, i risultati conseguiti non possono considerarsi davvero come conclusivi, se la campagna, che dura da tanti anni, non accenna punto ad esaurirsi.....

Una speciale Commissione, nominata in seno all'Associazione Medica Americana (di cui il *Journal* è organo), esamina i nuovi prodotti ed accoglie in una apposita rubrica della rivista quelli che giudica meritevoli di fiducia da parte dei medici. Tutti gli anni viene pubblicato un elenco al completo dei prodotti ammessi da questo aeropago e non ancora iscritti nella farmacopea ufficiale (New and Nonufficial Remedies). Qualche volta è stato dato l'ostracismo a prodotti buoni o discreti (come gli alcaloidi globali dell'oppio); ma la Commissione si è fatta un dovere ed un merito di tornare su alcune delle proprie decisioni.

In conformità ai principî proclamati nel testo, i fogli d'annunzi del *Journal* accolgono soltanto la réclame ai prodotti che non comportano una frode manifesta. Quindi quella pubblicità è molto ricercata e commercialmente molto quotata.

Alcuni giornali medici americani, sostenuti dai produttori, fanno da contro-altare al *Journal*; uno dei più abili e accreditati è l'*American Medicine*.

Anche i giornali medici inglesi non si disinteressano alle frodi che molte specialità terapeutiche comportano. Il *British* ha istituito addirittura un

laboratorio, per sottoporre ad analisi le specialità più in uso, delle quali ha rivelato la composizione in una lunga serie di articoli che prospettavano i danni derivanti alla società dal commercio indisciplinato di esse: a volte i risultati delle analisi hanno destato vive sorprese (per esempio è emerso che prodotti del valore di due centesimi erano venduti per dieci lire). La redazione condensò questa campagna in due volumetti andati a ruba (*Secret remedies* e *More secret remedies*), dei quali si dovettero fare numerose edizioni. Presentò anche un *memorandum* documentato al Parlamento, allorchè il Governo inglese, in seguito a tutto questo movimento, s'indusse a prendere in esame il problema (si raggiunse provvisoriamente il solo risultato pratico d'imporre l'iscrizione delle formole di composizione sugli involucri e sui contenenti delle specialità: ciò si è ottenuto molto facilmente anche in Italia!).

La campagna del *British* è stata molto più blanda e intervallare che non quella del suo confratello americano.

Il *Lancet*, a sua volta, ha fondato da anni un laboratorio scientifico, nel quale si analizzano medicine, cibi, vini, ecc., proteggendo in tal modo il pubblico contro alterazioni e frodi d'ogni genere.

I due giornali medici inglesi in genere si dimostrano piuttosto corrivi nel secondare gli speculatori: accolgono annunzi su prodotti non sicuri ed il *Lancet* non disdegna dal far posto a qualche annunzio nelle pagine che dovrebbero essere riservate al testo, ciò che in Italia vediamo fare solo dai giornali medici d'infimo ordine.

Nel campo medico-sociale e professionale, segnaliamo ancora l'importanza notevole assegnata ai problemi relativi all'insegnamento della medicina, dal quale in ultima analisi dipendono l'efficienza ed il valore sociale della professione.

Una volta l'anno il *British*, il *Lancet* ed il *Journal A. M. A.* pubblicano un intero numero così detto «educazionale» o «degli studenti», il quale contiene articoli sulla didattica medica e notizie destinate ai giovani che si avviano allo studio della medicina, come pure ai medici che intendono di perfezionarsi (per esempio: sui corsi tenuti presso le varie scuole di medicina, sui libri di testo, sulle vie dischiuse in patria ed altrove, sulla concorrenza professionale, ecc.). Gli «educational numbers» si dimostrano molto utili e quindi sono molto apprezzati.

L'indirizzo sociale della stampa medica anglo-sassone potrebbe, crediamo, esser preso con vantaggio ad esempio.

*
* *

Le recensioni. — I progressi, lenti ma continui, compiuti dalla scienza e dall'arte di guarire, vengono prospettati nel modo più diretto e genuino recensionando le pubblicazioni di medicina man mano che vedono la luce.

Nei due giornali inglesi le recensioni sono alquanto trascurate: il *British* vi dedica per ogni numero, in genere, un supplemento di quattro pagine (*epitome of current medical literature*); il *Lancet* fa ancora meno: si limita a riassumere qualche lavoro tra gli «editoriali» o, più concisamente, tra le «annotazioni». I lavori stranieri sono analizzati in numero esiguo così dal *British* come dal *Lancet*: questa incompiutezza tradisce la tendenza britannica all'isolamento, anche nel campo scientifico. Crediamo che i nostri amici inglesi farebbero bene a ravvedersi, poichè c'è sempre da apprendere dagli altri popoli, i quali tutti concorrono, in diversa misura e con tendenze diverse, alla evoluzione del sapere.

A differenza di quelli inglesi, i due giornali americani di cui andiamo occupandoci contengono estese rubriche di recensioni.

Sovratutto il *Journal A. M. A.* compie un lavoro redazionale intenso e bene organizzato, poichè recensisce con metodo, con rapidità e con precisione moltissimi giornali medici di tutti i paesi: americani, inglesi, francesi, italiani, tedeschi, spagnoli, russi, scandinavi, olandesi, giapponesi,....

Tra gli italiani vi figurano regolarmente il *Policlinico*, la *Riforma Medica* e la *Gazzetta degli Ospedali*; saltuariamente altri periodici (*Bullettino delle Scienze Mediche*, *Sperimentale*, *Pediatria*, *Rivista critica di Clinica Medica*, *Rivista Ospedaliera*, *Tumori*, *Chirurgia degli organi del movimento*, ecc.). Vi sono sempre mancati alcuni dei nostri archivi (come l'*Archivio Italiano delle Scienze Mediche*, la *Clinica Chirurgica*, il *Morgagni*, ecc.) e la maggior parte dei nostri periodici speciali, di cui alcuni avrebbero meritato di essere presi in considerazione: i *Pathologica*, gli *Annali di Ginecologia*, ecc.

È certo che, a voler recensire gl'infiniti periodici di medicina che vedono la luce in tutti i paesi, la già estesa rubrica del *Journal* finirebbe per divenire troppo invadente, a meno che non fossero modificati e rinnovati i criterî ai quali s'informa. Noi crediamo che guadagnerebbe se desse ospitalità a tutti i lavori importanti, in qualunque periodico siano pubblicati, senza limitazioni di sorta, ciò che si otterrebbe senza aumentare lo sviluppo della rubrica, scartando i lavori di poco pregio (ora non sempre la scelta dei lavori recensiti è fatta con avvedutezza) e abolendo l'elenco sistematico dei lavori pubblicati nei giornali recensiti (ora sono riportati i titoli di tutti i lavori: anche di quelli più insignificanti).

Il *Medical Record* fornisce pure una buona rubrica di recensioni, ma molto meno completa. Fino a questi ultimi tempi i giornali italiani non vi figuravano punto (tutt'al più si faceva ad essi l'onore di brevissime noticine *currenti calamo* a piè di pagina, come riempitivi; ovvero di riportarne qualche notizia o qualche prescrizione). Ora invece vi hanno fatto la loro apparizione saltuaria il *Policlinico*, la *Riforma Medica*, gli *Annali d'Igiene*, ecc.

I giornali medici tedeschi erano stati *soppressi* dai due giornali medici americani dopo la dichiarazione di guerra degli Stati Uniti alla Germania; ma ora il *Medical Record* torna ad assegnarvi un po' di posto. In fondo, non c'è ragione di ignorare quello che fanno di meglio i nostri nemici: anzi, converrebbe di saperne profittare.

Nell'insieme i due importanti periodici americani dànno prova di una concezione vasta ed eclettica sull'importanza che spetta alle recensioni, metodicamente condotte, nel rendere accessibili, in modo semplice e rapido, i progressi della medicina.

Vorremmo che qualche periodico italiano di medicina avesse il coraggio e la capacità di imitarli.

Oltre alle recensioni delle memorie originali, anche quelle dei libri richiamano l'attenzione nei giornali medici anglo-sassoni.

Concernono di preferenza la produzione locale. Si distinguono per l'imparzialità: non sono a schema fisso, come in Italia, in Francia o in Germania, ove le riviste bibliografiche sono fatte allo scopo d'ingraziarsi l'editore e di lusingare l'autore anzichè d'informare i lettori, i quali finiscono per non prestarvi più fede e per non scorrerle neppure. Si limitano invece a indicare obbiettivamente il contenuto del lavoro ed a rilevarne i pregi e i difetti, in modo concreto ed obbiettivo.

Anche in questo, crediamo, avremmo da apprendere....

* * *

Rubriche varie. — Una molteplicità di altre rubriche fa parte dei giornali medici anglo-sassoni.

Non vi difettano i resoconti di congressi e di società mediche, in genere d'interesse molto ristretto o puramente locale. Tolte alcune relazioni e comunicazioni, riportate quasi sempre per intero come lavori originali o come conferenze, vi residua molta zavorra.

I congressi delle Associazioni mediche nazionali occupano però, giustamente, interi numeri, una volta l'anno.

Rubriche speciali sono destinate alle questioni medico-legali, agli atti parlamentari (parliamentary intelligence), ecc.

Il *Medical Record* consacra spesso alcune colonne ai quesiti formulati per gli esami statali di medicina nei vari paesi dell'Unione ed alle risposte relative. Alcune di queste sono trascritte integralmente dai trattati; molte si ripetono sempre eguali, ad ogni sessione di esami; non poche sono incomplete e superficiali, fanno quasi sorridere per la loro ingenuità, rendono un'idea molto inferiore al vero sul valore effettivo dei medici americani, i quali stanno oggi all'avanguardia del sapere medico.

Molta parte è fatta alle notizie ed alle corrispondenze, inviate da collaboratori che risiedono in città dell'interno e dell'estero; queste corrispondenze recano informazioni d'organizzazione, legislazione, amministrazione sanitaria, sui progressi scientifici di maggiore *éclat* e notizie di pura cronaca. Una volta il *Lancet* aveva anche a Roma un corrispondente, il quale tace da parecchi anni.

Non possono a meno di recare sorpresa, nel medico italiano, alcune rubriche le quali riguardano avvenimenti della vita intima degli associati, come nascite, matrimoni, morti, ecc. Il *Lancet* le inserisce in fondo al giornale, a pagamento, insieme a notizie di nomine, di posti vacanti, ecc. Il *Journal A. M. A.* ne fa mostra nel bel mezzo di ogni fascicolo, tra il materiale scientifico e professionale: in *illo tempora* si cominciò a fare così ed ora si continua e probabilmente non si smetterà per un pezzo. Questa consuetudine, la quale è oggetto di motteggi anche da parte dei medici americani, rispecchia la tenace fedeltà dei popoli anglo-sassoni alle tradizioni.

Nel *Journal A. M. A.* sono contenute, infine, alcune rubriche leggere, fuori di testo; a noi parrebbero anche fuori di posto in un giornale serio, ma rispondono allo spirito americano, libero da impacci ed in tutto spregiudicato.

Una di esse raccoglie corbellerie, freddure, motti di spirito, spesso alquanto semplici o grossolani per i nostri gusti; va sotto il titolo di «tonici e sedativi». Un'altra ospita imparzialmente le lodi e le critiche fatte al giornale, sia per corrispondenza, come per la stampa; va sotto il titolo di «busse e carezze». Una terza mette assieme gli spropositi di medicina, colti nei giornali medici e non medici; va sotto il titolo: «spigolando tra i cambi».

Questo materiale, insieme a lunghi elenchi di nomine, di libri giunti in dono alla redazione, ecc., è intercalato tra gli annunzi di réclame; ciò ha lo scopo di indurre i lettori a scorrere le pagine di annunzi, le quali altrimenti non verrebbero quasi mai sfogliate.

* * *

In un prossimo articolo ci riserviamo di prendere in esame i periodici speciali di medicina e l'organizzazione redazionale ed amministrativa dei periodici più importanti e diffusi.

Dott. L. VERNET.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le glicosurie di origine renale.

(H. ROGER. *La Presse médicale*, 1917, n. 33).

Le numerose ricerche sul meccanismo della glicosuria hanno messo in evidenza che esso è molto complesso e che parecchi fattori intervengono per ostacolare o favorire la eliminazione dello zucchero. La vecchia concezione che la glicosuria è solo e sempre in rapporto ad iperglicemia ha subito una notevole riduzione.

In tutte le indagini sulla glicosuria si deve valutare la influenza di cinque elementi: 1° lo stato della glandula che tiene in riserva le sostanze zuccherine, il fegato; 2° lo stato dei tessuti che utilizzano lo zucchero, i muscoli; 3° lo stato degli organi che, con le loro secrezioni interne, regolano il consumo dello zucchero, il pancreas, le surrenali, la tiroide, l'ipofisi; 4° lo stato del sistema nervoso che, con la sua azione dinamica, presiede al funzionamento dei diversi organi; 5° lo stato della glandula che elimina lo zucchero, il rene.

Un'analisi serena dei fatti permette di concludere che in ogni forma di glicosuria interviene costantemente il fattore renale. Studiando comparativamente il sangue e le urine dei diabetici si riconosce che non esiste un rapporto necessario tra l'iperglicemia e la glicosuria. Il rene per un insieme di influenze passeggere o permanenti dimostra sempre delle variazioni della permeabilità allo zucchero. Così, per dare un esempio, a misura che il diabete si prolunga, la barriera renale si sposta: Liefmann e Stern hanno dimostrato che l'eccesso di lavoro imposto al rene dal diabete diminuisce la permeabilità renale.

Nè l'influenza del sistema nervoso è meno manifesta: le glicosurie emotive hanno per causa principale un aumento passeggero della permeabilità renale con un meccanismo analogo a quello delle albuminurie nervose. Le esperienze di Hedon confermano il fatto. Il sangue di un cane spancreatizzato contiene il 3.7 ‰ di glucosio e le urine il 100 ‰. Se si pratica la puntura del quarto ventricolo la glicemia sale leggermente a 3.9 mentre la glicosuria sale a 150. Il disturbo nervoso ha aumentato la permeabilità renale. D'altra parte Lépine ha dimostrato che se si punge la parte superiore del midollo si ha una glicosuria mentre lo zucchero nel sangue diminuisce.

Probabilmente le secrezioni interne di certi organi agiscono sulla permeabilità renale perchè la iniezione di diversi estratti organici produce glicosuria senza iperglicemia.

D'altra parte la resistenza opposta dal rene alla eliminazione dello zucchero è considerevolmente mutata dalle alterazioni stesse del tessuto renale, come dimostrano numerose ricerche eseguite su animali sottoposti all'azione di sostanze tossiche che ledono il rene, come il sublimato, il nitrato di uranio, il bicromato di potassio e la cantaridina. Questi veleni provocano talora glicosuria e poliuria determinando verisimilmente un disturbo funzionale dell'epitelio renale. Aumentando la dose del tossico si osservano due periodi successivi, caratterizzato il primo dall'aumento ed il secondo dalla diminuzione della permeabilità renale. Se infine tutto in una volta se ne iniettano forti quantità si producono lesioni che ostacolano il passaggio dello zucchero.

I fatti sperimentali fanno supporre che esistano in clinica glicosurie di origine puramente renale, per quanto le osservazioni abbastanza precise per dimostrarne la esistenza siano ancora poco numerose.

Quel che caratterizza essenzialmente le glicosurie di origine renale è che la glicemia oscilla in limiti fisiologici e che la quantità di zucchero eliminato non è molto considerevole.

Si è detto che le glicosurie di origine renale non siano influenzate dal regime alimentare e che la eliminazione dello zucchero si faccia come uno scolo continuo senza variazioni orarie. L'una e l'altra affermazione ammettono qualche riserva in quanto che le esperienze di Lüthje, Naunyn e Bönniger dimostrano che la ingestione più o meno abbondante di idrati di carbonio fa variare la eliminazione del glucosio e che, secondo anche le ricerche di Lewis e Mosenthal e dell'A., la quantità dello zucchero nelle urine varia nelle diverse ore del giorno.

In parecchi casi di glicosuria renale si è notata una influenza ereditaria. Ma per quel che riguarda la etiologia, il problema più interessante è quello di sapere se la glicosuria è in rapporto con una insufficienza renale o se, anche quando costituisca un sintomo isolato, non si accompagni ad altri disturbi funzionali più o meno latenti.

Nella maggior parte dei casi esaminati la glicosuria comparve in individui che avevano già sofferto od avevano albuminuria in atto. Al riguardo bisogna rilevare che si presentano due casi differenti: talora gli albuminurici hanno secondariamente una glicosuria, talaltra i diabetici hanno una albuminuria.

Per saggiare l'attitudine del rene malato a filtrare il glucosio si ricorre ai pasti di prova o alla floridzina. Le ricerche di Achard e Del[illegible] mare dimostrano che le lesioni del rene m[illegible] ficano le reazioni di questo organo: ta[illegible]

glicosuria da floridzina è nulla o debole, talaltra è superiore al normale.

Studiando la permeabilità del rene in tutti i casi di glicosuria forse si arriverà a precisare e ad intendere la importanza di questa glandula in tale disturbo. Così è molto probabile che risulterà affrettato il giudizio che la glicosuria delle gravide sia di origine epatica: la verità è che in tali casi il dosaggio del glucosio, sia nel sangue totale, sia nel plasma, praticato da molti autori, ha dato cifre uguali o inferiori al normale. Molte donne durante la gestazione sembrano affette da un vero diabete renale latente. Basta far loro ingerire 100-150 gr. di glucosio per ottenere una glicosuria passeggera, che talora raggiunge perfino il 10 ‰. E ciò mentre la glicemia non è mai superiore a quella che si riscontra nei soggetti normali. Non è dubbio che la glicosuria delle gravide è essenzialmente legata ad un aumento della permeabilità renale.

Per spiegare il meccanismo del diabete renale sono state emesse varie ipotesi: si è pensato ad una permeabilità anomala del rene, ad un abbassamento della soglia di escrezione, ad una liberazione dello zucchero virtuale, ad una dissociazione delle combinazioni che il glucosio eventualmente contrae con le lecitine, le albumine o i nucleo-proteidi, ad un difetto di riassorbimento dello zucchero normalmente escreto dai glomeruli. L'A. è propenso a credere che sia l'epitelio dei tubuli renali quello che lascia filtrare il glucosio, per il fatto che la glicosuria spontanea o provocata dall'ingestione di idrati di carbonio non è stata osservata che nelle nefriti albuminuriche. Ma la importanza dei glomeruli e dei tubi al riguardo non potrà essere decisamente stabilita se non con l'esperimeneto.

Le conoscenze attuali sulla glicosuria di origine renale non permettono ancora esatte indicazioni terapeutiche. Ad ogni modo sembra, secondo le ricerche dei dott. Underhill e Closson, che il cloruro di calcio diminuisce le permeabilità del rene per il glucosio; è quindi consigliabile somministrare tale sostanza quando si abbia il sospetto che la glicosuria sia legata ad un disturbo funzionale del rene. DR.

CHIRURGIA.

L'innesto o trapianto di tessuti.

(ALEXIS THOMSON. *Edimburgh Med. Journ.*, marzo 1917).

L'A. comincia col far notare come contrariamente a ciò che si è fatto sul continente o in America (Tuffier, Lexer, Carrel) questo campo è poco battuto in Inghilterra. Tuttavia il soggetto non ha piccola importanza in chirurgia specialmente ora che, per la guerra attuale, vengono a trovarsi su vasta scala degli uomini che hanno perduto tessuti o parti del corpo, che possono spesso essere sostituiti con trapianti, con conseguente ritorno della funzione non altrimenti ripristinabile. È dunque opportuno il momento per una rivista riassuntiva su questo capitolo: ciò si propone di fare l'A. nelle pagine seguenti.

I singoli tessuti, come differiscono l'uno dall'altro riguardo alla rigenerazione e alla riparazione, così presentano nette differenze in rapporto all'innesto e al trapianto: quei tessuti che riparano bene possono essere innestati con successo, per l'ovvia ragione che gli elementi di un trapianto debbono essere capaci di una rigenerazione attiva allo scopo di mantenersi nei nuovi rapporti.

Con la morte di un animale i suoi tessuti non perdono la loro vitalità tutti allo stesso tempo: quelli più specializzati, come le cellule nervose, periscono in pochi minuti, mentre altri tessuti, quali la pelle, i connettivi, l'osso, si mantengono vitali per qualche ora, capacità che è essenziale per il successo del trapianto. Va ricordato che nell'organismo vivente nessun tessuto è permanente, ma soggiace gradualmente alla disintegrazione e all'assorbimento ed è ricostituito dalla rigenerazione.

Vi sono dei gradi di successo negli innesti. Nel migliore dei risultati il trapianto diviene affatto continuo con i tessuti circostanti, non v'è necrosi visibile ai suoi esterni, e la rigenerazione dei suoi elementi è abbastanza vigorosa da assicurarne la permanenza in forma, struttura e funzione. Un risultato meno completo si ha quando in primo tempo predomina v'è necrosi visibile ai suoi estremi, e la rigenerazione attiva: nei primi giorni di un innesto cutaneo non è raro constatare dapprima la caduta apparente di tutta la cute trapiantata, seguita poi da un abbondante sviluppo epiteliale. Infine un altro esempio di successo incompleto si ha quando il trapianto va incontro a disintegrazione, ma, incapsulandosi come corpo estraneo per opera di connettivo neoformato, non viene assorbito e mantiene la sua forma e dimensione: il che può rispondere ugualmente allo scopo dal punto di vista clinico, come per esempio quando sia stata usata una porzione di grasso per riempire una cavità.

Come esistono dei gradi di successo, esistono anche dei gradi di insuccesso: dallo scoppio di una suppurazione allo sviluppo di un processo rassomigliante alla suppurazione ma non batterico (Lexer); o, nel caso speciale del-

l'innesto di un osso in una frattura con perdita di sostanza, alla sostituzione del trapianto, che si distrugge, con tessuto connettivo che rende poi impossibile il saldamento della frattura.

L'*autoplastica*, trapianto di una parte dello stesso organismo — è quella che offre le migliori probabilità di successo e quindi preferibile. L'*omoplastica*, trapianto da organismi della stessa specie, può essere adoperata nel caso di tessuti semplici. L'*eteroplastica*, trapianto da organismi di specie diversa (in pratica da animali inferiori all'uomo), è più di tutte seguita da insuccessi. Per spiegare questi fatti si è supposto che l'ostacolo al successo nell'eteroplastica consiste nell'anafilassi, mentre nell'omoplastica esistono delle influenze biochimiche che disturbano la guarigione: il protoplasma cellulare sarebbe specifico per ogni organismo e nell'omo-trapianto la comparsa di un protoplasma estraneo provocherebbe la formazione di fermenti che distruggono il tessuto impiantato.

Altri punti d'importanza pratica: il tessuto da trapiantare non deve essere maneggiato ruvidamente, non lasciato seccare, non soggetto a irritazioni chimiche; il contatto col nuovo letto deve essere accurato; è necessario arrestare ogni emorragia per prevenire l'interposizione di coaguli; non occorre dire che è necessaria la più scrupolosa asepsi.

Si sperò un tempo che i tessuti dopo l'asportazione potessero venir conservati in ambiente fresco per essere utilizzati al momento del bisogno: ma si è constatato che essi hanno perduto la capacità di rigenerazione.

Trapianto dei singoli tessuti.

Fra tutti i tessuti è il sangue che può essere trasportato da un individuo a un altro con la maggiore probabilità di successo. Si tratta sempre di una omoplastica e non è raro che si manifestino dei fenomeni analoghi a quelli della disintegrazione in altri trapianti, cioè delle alterazioni chimiche risultanti in emolisi. Si ritenne un tempo che una condizione di successo consistesse in una stretta parentela fra il donatore e il ricevente, ma una maggior esperienza ha dimostrato l'insussistenza di tali vedute.

Il trapianto di epidermide è tra i più comunemente seguiti da successo. Il metodo impiegato usualmente è quello di Thiersch: non possiamo qui entrare in dettagli di tecnica. Si sono applicati anche dei trapianti costituiti dall'intero spessore della pelle, invece che della sola epidermide, ma il successo è meno completo. Negli innesti cutanei i capelli di solito cadono, ma si rigenerano sebbene lentamente; anche le unghie cadono, e se rinascono sono disformi. L'insinuarsi delle fibre nervose nella cute trapiantata si fa in base a un processo graduale: la sensibilità ricompare alla periferia entro sei settimane circa e più tardi raggiunge il centro.

L'eventuale insuccesso di simili trapianti di lembi cutanei completamente distaccati ha consigliato l'uso, nei limiti del possibile, di un processo a due tempi: lasciare il lembo in continuità con la regione da cui è staccato, con una o due estremità, e, dopo che abbia aderito, tagliare questi rapporti. Un esempio classico di questo metodo è costituito dalla plastica del naso col metodo così detto italiano. Così, quando il difetto di cute è nell'arto superiore, il lembo può essere preso dal torace; se nella gamba, dall'altra gamba; se nel pene o nell'uretra (ipospadia), dallo scroto.

Sia nel processo semplice che in quello a due tempi è necessario che il lembo sia di dimensioni abbondanti (all'ingrosso circa di $^1/_3$ più grande della zona da rivestire) per ovviare alla contrazione immediata e tardiva.

È di esperienza comune nelle fratture del mascellare che un dente strappato via dal suo alveolo può, rimesso a posto, riattecchire e conservare la sua vitalità; similmente un dente estratto erroneamente invece di un altro può con successo esser riposto nell'alveolo. Da ciò non v'era che un passo per arrivare a estrarre un dente da un mascellare troppo fitto per applicarlo in uno spazio fatto in un altro in cui i denti siano rari. Tali trapianti hanno spesso corrisposto anche per la durata di molti anni, ma, come non si ristabilisce la continuità vasale e nervosa, segue poi un processo di disintegrazione e di assorbimento con erosione della radice che da ultimo si spezza. A questo proposito ricordiamo che, data la difficoltà di trovare al momento necessario il donatore di dente, si è ricorso al processo storico di John Hunter di conservare la vitalità del dente impiantandolo nella cresta di un gallo.

Il trapianto di mucosa somiglia in molti particolari a quello cutaneo, ma un serio ostacolo sta nella difficoltà di assicurare l'asepsi. Si sono avuti successi del resto nella ricostituzione di palpebre con i tessuti del labbro; e la mucosa dell'appendice (asportandone le tuniche muscolare e sierosa) è stata impiegata per riempire un difetto dell'uretra.

Il trapianto sperimentale di porzioni di vasi sanguigni ha riportato uniformemente successo anche se eteroplastico, come per esempio la

inserzione di un segmento di un'aorta di coniglio nella carotide di cane. Nell'uomo il trapianto usato di solito è un tratto della vena safena interna, sia perchè facilmente accessibile, sia perchè sacrificabile senza danno: dopo trapiantata, per la più alta pressione esistente nel circolo arterioso, le pareti della vena si ispessiscono con formazione di tessuto fibroso (Carrel).

Pure la safena è stata impiegata allo scopo di protezione, per esempio, di una sutura di tronco nervoso, con l'effetto di impedire una deviazione delle fibre e una invasione di granulazioni dal connettivo circostante.

Sebbene con scarsa vascolarizzazione, la fascia lata si è dimostrata tessuto assai utile nei trapianti, e con usi assai differenti: per ricolmare una lacuna della dura madre, per rinforzare la sutura nella cura radicale dell'ernia; per impedire la riunione ossea e render possibile i movimenti interponendola nelle articolazioni anchilosate. Allo stesso scopo della fascia lata si è usato nelle operazioni di ernia un lembo di sacco peritoneale; ed un lembo di omento è stato adoperato a rinforzare le suture nelle operazioni addominali, il che però presenta il pericolo che si formi una briglia provocatrice, poi, di ostruzione intestinale.

Il tessuto adiposo si presta bene ai trapianti: esso è stato usato principalmente a scopi cosmetici, traendolo dall'anca o da altre sedi accidentali, come un'ernia omentale o un lipoma, sempre quindi con tecnica omoplastica.

Il carattere altamente specializzato delle fibre muscolari striate, e il loro comportamento nella riparazione di ferite del muscolo, dànno poca o nessuna speranza di successo nei trapianti; e infatti una porzione di muscolo trapiantata rapidamente degenera, vuoi per la nutrizione insufficiente, vuoi per la mancanza dell'influsso nervoso.

Grandi disillusioni si sono avute nei tentativi di trapianto di tessuto nervoso. Mentre si riconobbe subito che le fibre del sistema nervoso centrale prive di neurilemma erano inadatte al trapianto, come sono incapaci di rigenerazione, si era sperato che quelle dei nervi periferici munite di guaina nucleata si sarebbero comportate in modo opposto. Ma se se ne ottiene la rigenerazione dopo una recisione, si è visto che sono incapaci, trapiantate, di mantenere la loro vitalità: esse vanno incontro a degenerazione e ad assorbimento e il loro posto è preso da tessuto connettivale: ora un connettivo formatosi in questo modo non presenta alcun vantaggio rispetto a quello che si può ottenere da un segmento di vena o da una briglia di fascia interposti a colmare lo spazio difettoso.

Trapianti auto ed omoplastici di tendini sono stati usati largamente e con successo nel trattamento di paralisi da poliomielite, meno frequentemente in altre condizioni, quali colmare una lacuna nel tendine di un dito, distrutto da un flemmone grave, e allungare i tendini nella contrattura ischemica dei muscoli dell'avambraccio, ovvero riparare dei legamenti strappati. In tali casi, seguendo la tecnica autoplastica, sono ben utilizzabili il tendine del lungo palmare e i tendini estensori esterni per la loro accessibilità e spostabilità: sarà bene avvolgere la sutura tendinea, per proteggerla, con un segmento di safena.

Il trapianto di periostio e di osso è uno dei processi più antichi in questo campo e rimane ancora quello di maggiore attualità pratica: vi sono connessi i nomi di Syme, Ollier, Macewen.

Un tempo si usava comunemente osso morto o conservato in ghiacciaia, o tratto da cadaveri, o preparato in modo speciale. Ma tale pratica è da rigettarsi: l'osso morto è trattato dai tessuti come corpo estraneo e, quando non è espulso, è o sostituito da connettivo o incapsulato. Va adoperato quindi sempre osso vivente, e, sebbene si siano ottenuti successi trapiantando nell'uomo ossa di animali, è da preferirsi qui, come per gli altri tessuti, il metodo autoplastico.

Non è difficile ottenere buon materiale in quantità sufficiente: tibie, peroni, scapole, coste; oltre che, può esservi l'occasione di trarlo da operazioni che si debbano eseguire contemporaneamente, sia resezioni, sia amputazioni, tenendo però conto delle condizioni del soggetto da cui si trae questo materiale.

V'è discussione sulla necessità o meno di conservare il periostio: l'A. generalmente lo ha conservato, non tanto per la sua capacità a generare nuovo osso nel nuovo *habitat*, ma perchè esso favorisce l'unione accurata del trapianto ai bordi della breccia che esso va ad occupare e perchè favorendo l'invasione dei vasi sanguigni promuove il nutrimento precoce del trapianto. D'altro lato non si può negare che la resezione sottoperiostale della diafisi di un osso lungo o di una costa è assai più facile e danneggia meno le parti molli circostanti; mentre i successi ottenuti dimostrano che la conservazione del periostio non è essenziale.

Un particolare meno importante riguarda le dimensioni del frammento da trapiantare: si è raccomandato di interporre fra piccoli fram-

menti uno notevolmente grande, ma, secondo l'A., ciò è non solo non necessario, ma non desiderabile.

Delle parti di osso rimosse durante un'operazione possono, se messe da parte e conservate avvolte in garza imbevuta di soluzione fisiologica, essei rimesse a posto al termine dell'intervento, con quasi certezza di attecchimento perfetto: si tratta invero di una riposizione di tessuto piuttosto che di un trapianto, ma costituisce un punto di passaggio verso questo.

Quando sia stata asportata una porzione della diafisi di un osso lungo, come nella resezione per sarcoma, la lacuna può esser colmata col perone, ovvero, se occorre un osso più resistente, nel caso del femore, con l'osso di un arto amputato. Il metodo di inserire e di fissare il trapianto varia con le condizioni dei singoli casi, ma di solito se ne infiggono le estremità nel canale midollare dell'osso preesistente. Per tali manovre occorre uno strumentario speciale, quale quello ideato da Albee. È stato osservato che, in caso di recidiva del sarcoma, alcuni mesi dopo l'operazione, la malattia aveva invaso l'osso trapiantato esattamente come aveva fatto prima nella diafisi originale.

Da ultimo ricordiamo che in alcuni casi delle fratture non consolidate, di un carattere così disperante da richiedere l'amputazione, poterono essere saldate, ottenendosi così un arto utilizzabile, per mezzo di trapianti. Tale proprietà che fa disperare della consolidazione, è dovuta all'atrofia dell'osso specialmente nel frammento o nei frammenti distali, e viene dimostrata dalla debole ombra che appare nei radiogrammi e dallo stato dell'osso quale si constata all'atto operativo: esso può esser tagliato col coltello senza che si debba ricorrere alla sega, e vi si scavano dei fori con facilità sorprendente. È ovvio che sono avvenuti dei mutamenti profondi nella nutrizione dei tessuti a livello della frattura: si può supporre che l'arteria nutritizia è stata distrutta ed è probabile anche che l'innervazione sia alterata. Stando così le cose nessun intervento basato solo sulla fissazione dei frammenti ha speranza di successo: il difetto nutritivo deve esser vinto con l'introduzione di osso vivente, sia esso auto od omoplastico ma dotato, per quanto è possibile, della massima capacità rigenerativa. L'A. ha di solito adoperato il perone dell'altro arto. Importa specialmente di scavare bene la cavità midollare dell'osso preesistente e inserirvi profondamente l'osso trapiantato: si tratta insomma di una operazione combinata di trapianto e fissazione. SEBASTIANI.

SERVIZI SANITARI.

Progetto di semplificazione del lavoro tecnico-burocratico negli ospedali militari, specialmente di campagna.

Sin dal settembre 1917 il capitano medico Ricci dott. Carlo, che per il lungo servizio sanitario prestato in guerra ne conosce bene l'andamento e le modalità, ha ideato un piano organico di lavoro tecnico-burocratico nelle Unità Sanitarie, mercè il quale si elimina il grave inconveniente della non rara perdita di tracce dei ricoverati in luoghi di cura, si semplifica e si diminuisce notevolmente l'attuale gravoso lavoro burocratico, a cui oggi le Unità Sanitarie sono sottoposte, e si economizza nel contempo parecchia carta.

All'uopo il dott. Ricci ha compilato un nuovo modello di *Cartella Clinica*, di *Estratto della Cartella Clinica*, di *Registro dei Ricoverati*, di *Elenco degli Entrati del giorno* e di *Elenco di Traslocazione*, che armonizzanti fra loro ed uniti ad una *Rubrica alfabetica* molto semplice e ad un *Registro* (a madre e figlia) *degli oggetti e valori depositati o versati dai Ricoverati*, offrono sul sistema di scritturazione ora in uso i seguenti principali vantaggi:

1° Compilazione facile e chiara, e sopratutto molto spedita, perchè nei suddetti nuovi Modelli non si ripetono per ogni nome i dati che al nome stesso si riferiscono: e ciò senza pericolo di eventuali confusioni di individui.

2° Si evitano le alterazioni dei nomi, perchè si diminuiscono le trascrizioni di questi, e si copiano sempre da uno stesso originale nomi e dati.

3° Non può esserci confusione di persone nelle omonimie per i molteplici dati che ad ogni nome si riferiscono.

4° Si rendono inutili (e quindi andrebbero aboliti, ottenendosi in tal modo la relativa economia di lavoro e di carta): *a*) i *Biglietti di Sala* (Mod. n. 451 A del Cat. « R. 915 »), *b*) i *Registri nosologici* (Mod. 454 del Cat. « R. 915 »), *c*) i *Biglietti di Uscita* (n. 451 B del Cat. «R. 915»), *d*) la *Scheda individuale Mod. n. 4* (n. 466 del Cat. « R. 915 »), *e*) le *rinnovazioni* della Cartella Clinica nelle varie Unità Sanitarie per le quali il ferito o malato passa.

5° La nuova Cartella Clinica, oltre che permettere di seguire l'ammalato o ferito attraverso tutte le Unità per le quali egli passa e di riconoscere con facilità e sicurezza tali passaggi (colle somme corrisposte, ecc.), risulta scientificamente più logica e più completa di quella attualmente in uso, contenendo una pagina per l'Anamnesi ed una Tabella clinica,

composta di Tavola termografica, numero dei polsi e respiri, dati di eventuali esami di urina, feci, ecc.

6° L'archivio delle Unità Sanitarie resta ridottissimo e di facile consultazione: composto cioè soltanto dei *Registri dei Ricoverati* e degli *Estratti delle Cartelle Cliniche* degli usciti. Il che non è di poco vantaggio specialmente per le Unità mobili.

7° Senza aumento di lavoro e di consumo di carta può presso il Ministero della Guerra costituirsi colle Cartelle Cliniche dei dimessi (guariti o morti) un Archivio supplementare, dal quale all'occorrenza si potrebbero attingere, nei riguardi d'un ricoverato, dati di qualsiasi specie, anche quando per ragioni belliche l'Archivio dell'Unità dimettente fosse andato smarrito o distrutto.

Noi, che abbiamo avuto modo di esaminare i nuovi Modelli del dott. Ricci e che ci siamo convinti che gli importanti scopi, che l'A. si è con essi proposto, sarebbero nell'attuazione pratica completamente raggiunti, auguriamo che l'utile iniziativa sia secondata dalle competenti superiori Autorità Sanitarie Militari, alle quali i detti nuovi Modelli sono stati inviati.

I. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 gennaio 1918.

Presidenza del Prof. F. DURANTE, *presidente.*

In tema di simulazioni.

Il socio prof. OTTOLENGHI espone le basi delle indagini, che è problema non solo clinico, ma essenzialmente medico-legale.

Le indagini non devono essere limitate all'oggetto della simulazione ma devono essere estese a tutta la personalità dell'autolesionista nella stessa guisa che non si deve studiare solo la malattia ma il malato, non solo la lesione ma il lesionato, non solo l'infortunio ma l'infortunato, non solo il reato ma il reo.

Si dovrà studiare il simulatore non solo secondo il criterio clinico, ma anche secondo il criterio antropo-psicologico e sociale.

Le indagini dovranno quindi essere cliniche, antropo-psicologiche, biografiche, storiche, basandosi sulle constatazioni dirette e sulle informazioni delle storie cliniche, sui rapporti dell'Autorità.

Si estende l'O. a dimostrare con esempi le conseguenze derivanti dal non essere sovente seguiti questi criteri. Rileva specialmente gli inconvenienti derivanti dal fatto che alcuni periti clinici, periti militari, basano le loro conclusioni solo sui rilievi da loro eseguiti non tenendo conto delle relazioni dei colleghi.

La stessa circolare per militari autolesionisti che l'oratore trova per tante ragioni commendevole vien meno ai criteri medico-legali ove ha come condizione per far denunzia che sia raggiunta la *prova clinica* o ammette vi possa essere *certezza della frode* e, in difetto della prova clinica, non sia dessa sufficiente per denunciare l'autolesionista. Rammarica infine l'oratore che l'Autorità Militare non abbia tenuto conto degli insegnamenti dell'Antropologia criminale.

Essendo assenti i proff. MINGAZZINI e FUMAROLA, le loro comunicazioni sono rinviate.

Sulla necessità di una classificazione del servizio sanitario militare dal punto di vista cardiologico.

Il prof. GIOVANNI GALLI amplia dei concetti già svolti nel nostro giornale (1917, pag. 652 e 790) e li illustra presentando numerosi malati.

Il socio prof. RHO fa notare che nella marina si è fatto già un passo avanti in quanto i cardiopatici compensati sono tenuti in servizio specie se graduati. Vorrebbe varie categorie di cardiopazienti ed assegnarli a vari servizi.

Trattandosi di gregari potrebbero in fondo anche restare lavoratori liberi perchè anche l'economia nazionale ne trarrà vantaggio.

Il socio prof. CAMPANA rileva che il prof. Galli porta un contributo alla sifilide del cuore.

Non può associarsi alla proposta di dare la preferenza ai fenomeni funzionali per la diagnostica e la *esentabilità*.

Trova commendevole l'articolo dell'elenco per le esenzioni dal servizio per le sofferenze cardiache, perchè esso si basa sul concetto non della funzione alterata, ma della malattia.

Il socio prof. CALCAGNO cita un fatto tipico di un sottufficiale di marina affetto da manifesta imperfezione mitralica: fu proposto per la riforma; l'O. cassò la riforma e lo mantenne in servizio. Sono dieci anni che compie il suo servizio in modo esemplare.

Il socio prof. FERRERO fa notare che l'elenco di infermità deve essere considerato come una guida pratica, che prende quello che è necessario, salvaguardando l'integrità dell'Esercito da persone che possono fare o no il servizio di guerra. Questo lo possiamo fare oggi, ma in tempo di pace è necessario eliminare quelli che dal servizio militare potessero averne svantaggio.

Come fatto personale dice che aveva fatto un lungo studio pel servizio sedentario perchè gli sembrava doloroso togliere dal servizio dell'esercito persone che potevano riuscire in qualche modo utili. Esso non fu mai adottato perchè in tempo di pace il numero delle reclute era tale che non se ne sentiva il bisogno di aumentarlo con persone non completamente sane. Chiede al Galli se realmente crede che tali cardiopatici possano effettivamente prestare servizio in 1ª linea: egli non lo crede; nei servizi sedentari sì; ciò posto, si comprende come l'elenco possa mantenere l'attuale articolo riguardo i cardiopatici.

Il socio prof. DE SANCTIS dice che innanzi tutto se l'elenco sulle infermità può valere in tempo di pace, esso non può aver valore in tempo di guerra. Adesso più che mai il medico militare ha funzione di medico sociale e rispettivamente nazionale; la medicina militare è medicina politica. Che il medico militare faccia o no una esatta diagnosi poco interessa. Quello che a lui si domanda è *l'accertamento delle capacità del soldato alla guerra* e alle varie mansioni di guerra, il che implica pure il giudizio sul pericolo che il soldato eventualmente malato cronico può correre, sottoponendolo ai lavori di guerra.

È necessario avere a disposizione, invece che un elenco d'infermità, un *prontuario* per gli accertamenti delle capacità per le principali mansioni di guerra. Se non erro, osserva l'O., in fondo alle parole dette dal gen. Ferrero ci sono le idee da me svolte. Capisco che una saggia interpretazione dell'Elenco e un accurato esame clinico funzionale nel periodo di osservazione possono ovviare a parecchi degli inconvenienti posti in evidenza dal maggiore prof. Galli, ma tuttavia ritengo che bisogna riformare le cose dalle radici orientandosi verso la psicologia del lavoro.

Il socio prof. OTTOLENGHI parla sulla necessità di riformare l'elenco e lo vorrebbe abolito in quanto ostacola l'opera del medico per quanto riguarda l'abilità o meno ai servizi militari.

Seduta ordinaria del 24 marzo 1918.

Presidenza del Prof. F. DURANTE, *presidente*.

Il socio prof. LOMBROSO svolge la sua comunicazione *sul così detto potere antitriptico del siero sanguigno* in rapporto ai metodi usati per la determinazione dell'enzina triptico, e getta l'ipotesi dell'esistenza di un enzima a carattere dissolvente diverso dal potere triptico.

Il prof. D. DE BLASI chiede alcuni schiarimenti che l'O. fornisce.

Il prof. R. CAMPANA svolge quindi la sua comunicazione *sul fenomeno delle feci nei disturbi epatici*, per ora nella incipiente epatite interstiziale cronica sifilitica. L'O. illustra la sua comunicazione con una tavola di preparati microscopici.

E. G.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 26 aprile 1918.

Presidenza BARDUZZI.

Per la lotta antitubercolare.

Il presidente, a nome anche dei colleghi del Consiglio direttivo, presenta ed illustra un ordine del giorno, di cui abbiamo già dato notizia nel fasc. 20, pag. 484.

Sul trattamento delle fistole retto-glutee (a proposito di un caso operativamente guarito, conseguente a ferita di fucile).

Prof. D. TADDEI. — L'O. illustra dal punto di vista clinico ed operatorio un caso di fistola rettale aperta all'esterno due dita dietro il trocantere. Essa era residuata a una ferita di fucile. Il proiettile penetrato dietro un trocantere era fuoriuscito in un punto simmetrico dell'altro lato, passando attraverso entrambe le incisure sciatiche, senza ledere vasi e nervi ed attraverso il retto.

Dopo di avere dimostrato le ragioni per ammettere tale tragitto e per spiegare la persistenza della fistola, studia i varî mezzi curativi possibili ed illustra il trattamento da lui applicato e seguito da rapida guarigione. Tale trattamento consiste nell'incisione attraverso la fossa ischio-rettale, nella separazione del tragitto fistoloso dalla sua apertura rettale, e nel trattamento di questo mediante una rettotomia lineare.

Sulla preparazione dell'eosinato di azzurro di metilene per la colorazione dei parassiti malarici.

F. NERI. — L'O. presenta strisci di sangue malarico colorati con eosinato d'azzurro da lui preparato seguendo in parte le indicazioni di Tribondeau (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1917).

La soluzione preparata dall'O. dà risultati equivalenti a quelli della soluzione di Giemsa.

La cura rapida delle acariasi nella Clinica dermosifilopatica della R. Università di Siena.

Prof. BARDUZZI. — L'accademico B. leggendo sui periodici medici di nuovi tentativi di cure rapide contro la scabbia, e di esperienze comparative e cliniche, specie del dott. Tommasi (*Policlinico*, fascicolo 15, 14 aprile 1918), giudica di dover ricordare che nella sua clinica da quasi 20 anni, come ha già in due pubblicazioni dimostrato il prof. Simonelli, aiuto, e come egli stesso espose al Congresso di Dermatologia e Sifilografia di Milano, si pratica la cura rapida Hardy *modificata*, con risultati più che soddisfacenti, ottimi. Infatti in sei o sette ore si eseguisce la cura che dà rarissime recidive, per le più indipendenti dal metodo. Oramai può presentare una statistica di 4000 casi.

La cura consiste in un bagno generale nel quale un infermiere pratica sul malato delle frizioni generali con sapone gelatinoso di potassa, specie nelle sedi di eruzione.

Asciugato l'ammalato si sottopone nella *sala degli acariaci* alla cura antiscabbiosa con una frizione accurata dal collo ai piedi della seguente pomata:

Pomata Helmerik grammi 1000.
Essenza di trementina grammi 200.

La frizione dura in media 15 o 20 minuti.

Si mette quindi il paziente *sotto-coverta*, come si dice in clinica, cioè si ravvolge in una coperta di lana e si fa stare fermo a letto 6 o 7 ore, e quindi si fa immergere in un altro bagno alcalino con 200 o 300 grammi di carbonato potassico, di 25 minuti. Si asciuga, si impolvera con amido, talco, ossido di zinco; si riveste con biancheria pulita ed abiti disinfettati, e si licenza. L'effetto è sicuro; il costo modico.

Accenna l'O. al meccanismo acaricida, alla superiorità di questo metodo su quelli della cura *lenta*, riservata a pochi casi speciali, ed anche sugli altri, ora proposti dal Cassia, dal Rossini, dall'Elherś, che non hanno dato risultati troppo incoraggianti.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Le frenopericarditi adesive.

(TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. *La Presse méd.*, 4 aprile 1918).

Una serie di malati si lagnano di sofferenze cardiache, le quali consistono in oppressione, palpitazione, dolore precordiale.

Più precisamente l'oppressione compare dopo sforzi, talora dopo i pasti, raramente nel riposo; le palpitazioni sono d'ordinario di modica intensità e passeggere; il dolore precordiale è tradotto dai malati come un senso di peso, di costrizione nella metà sinistra del torace, che lo costringe a pressioni o frizioni sulla regione cardiaca, e che, in occasione di sforzi, o dopo i pasti si può mutare in un vero dolore parossistico, precordiale, a guisa di tenaglia, con irradiazioni alla spalla, al braccio sinistro, accompagnato da un senso d'angoscia. Se questi sofferenti, sui quali l'attenzione del medico è richiamata sopratutto per gli attacchi a tipo anginoso, sono attentamente esaminati, pochi segni clinici si riscontrano, ma talora sicuri sintomi radiologici conducono ad un esatto apprezzamento delle cause della sindrome morbosa.

Mentre l'ascoltazione nulla rivela d'importante e di caratteristico, alla ispezione e alla palpazione si nota l'assenza dell'itto della punta.

L'esame radioscopico dimostra che il seno cardio-diaframmatico sinistro, il quale d'ordinario è chiaro e s'accentua nelle inspirazioni profonde, non è più visibile; esso invece è sostituito da una opacità triangolare nettamente delimitata all'esterno, con la base sul diaframma e con l'apice che si confonde con la punta del cuore, o con la parte inferiore del margine del ventricolo sinistro.

Tale immagine triangolare, opaca quanto l'ombra cardiaca, si differenzia da quella notata da Vaquez e Bordet, la quale è pallida, circonda la punta del cuore, ed è interpretata come un ispessimento dei foglietti pericardici.

Tale immagine è, secondo gli AA., prodotta da una briglia, che lega il cuore al diaframma, e che quindi, come in effetto si può osservare, impedisce o limita la mobilità dei due organi. Nell'inspirazione profonda infatti il limite esterno dell'opacità triangolare si ravvicina alla verticale e sembra tendersi tra l'ombra del cuore e il contorno del diaframma di cui il movimento di abbassamento è notevolmente limitato; la punta del cuore, d'altra parte, abbassandosi, non può ravvicinarsi più alla linea mediana, come di norma, ma si sposta verticalmente o anche leggermente in fuori.

La punta del cuore, nei mutamenti di posizione, resta immobile, tranne che nel decubito laterale sinistro, nel quale la briglia si rallenta e quindi lo spostamento può avvenire.

Secondo gli AA., quindi, i *dolori anginosi*, la *scomparsa dell'itto della punta*, la constatazione radioscopica d'una *briglia cardio-diaframmatica sinistra*, sono segni sufficienti per la diagnosi di *freno-pericardite adesiva.*

Riescono evidenti le ragioni dei sintomi notati: la sindrome anginosa dipenderebbe dall'impedimento funzionale al lavoro del cuore; perchè le aderenze legando la punta del cuore al diaframma, impediscono il movimento di retrazione sistolica, e, come conseguenza, una eventuale distensione acuta del cuore. I movimenti esagerati del diaframma, occasionati da uno sforzo, si aggiungerebbero come occasione ad una distensione maggiore e dolorosa.

L'etiologia è quella di tutte le pericarditi parziali adesive. Il destino di questo genere di malati è, secondo gli autori, a scadenza più o meno lontana, l'insufficienza del miocardio.

T. PONTANO.

Endocardite maligna ad evoluzione lenta.

Questa forma, che non è molto frequente, è stata osservata in adolescenti ed in giovani, talvolta con carattere epidemico; la malattia però non è contagiosa. Si osservano come momenti eziologici l'artroreumatismo acuto e la flogosi delle prime vie respiratorie.

Il quadro clinico (R. Debré. *Presse médicale*, n 62, 1917), preceduto dai sintomi comuni alle malattie infettive, si presenta: *a*) *Con manifestazioni cutanee*: petecchie rare o confluenti, talora porpora emorragica. Nodosità eritematose effimere e dolenti su gli arti e tronco e, specialmente, ai polpastrelli delle dita. *b*) Fenomeni dolorosi articolari. *c*) Splenomegalia. *d*) Manifestazioni cardiache, specialmente insufficienza mitralica, senza però aversi i sintomi della endocardite maligna acuta. È spesso necessaria l'emocultura per stabilire la diagnosi; il reperto più frequente è lo streptococco. Il decorso è molto irregolare, con grandi oscillazioni nello stato generale e nelle curve febbrili.

Si hanno spesso disordini visivi, rivelati da una neuro-retinite, o da embolismo nell'arteria retinica centrale. Quasi sempre vi è complicazione di nefrite subacuta. Sull'apparato

cardio-vascolare segni funzionali leggeri; i soffi possono subire variazioni acustiche imprecisabili.

Grande importanza assumono le complicazioni date da embolie arteriose splancniche (milza, rene, fegato, mesentere, cervello) o degli arti (a tipo ischemico o di gangrena secca). In questi territorî si hanno anche aneurismi arteriosi, per lo più multipli.

Queste complicazioni sono le più immediate cause di morte dovuta ad embolismo od emorragia cerebrale, aneurisma endo-addominale, ecc. Il decorso di questa forma, evidentemente inguaribile, è di 6-12 mesi. Fil.

Studî sulla digitale.

R. A. Hatcher e Cary Eggleston, della Università Cornell di New York, hanno compiuto sulla digitale diverse ricerche, che qui riassumiamo.

Essi hanno anzitutto stabilito che le diverse preparazioni galeniche della digitale esercitano sul cuore e sul circolo la stessa azione della digitossina, strofanto, strofantina ed occabaina. Non vi è dunque alcun bisogno di ricorrere ai principî estratti dalla digitale che, nell'attuale penuria di molti medicamenti, possono mancare, e tanto meno a specialità come il *digiparatum*, che ha pure la stessa azione. Inoltre tali principî estratti, come pure la strofantina, la convallaria, l'*apocynum* presentano l'inconveniente di venire assorbiti in modo lento ed irregolare dal canale alimentare, per modo che se ne somministrano spesso dosi alte, per ottenere l'effetto desiderato, avendone talvolta come risultato un assorbimento inaspettato, che provoca fenomeni tossici. Invece le preparazioni galeniche della digitale, quali la tintura, l'infuso e l'estratto fluido vengono assorbiti prontamente: la tintura presenta poi il vantaggio che, contenendo solo delle tracce di grassi, non disturba, o solo lievemente, lo stomaco.

Un infuso ben fatto contiene tutti i principî attivi delle foglie e presenta il solo inconveniente di non avere un contenuto costante di principî attivi, ciò che si può invece ottenere con la tintura.

Da molti si è rimproverato all'infuso la poca stabilità, per cui facilmente esso andrebbe soggetto ad alterazioni. Ciò viene invece dimostrato erroneo dalle ricerche degli AA., che hanno osservato come esso, anche conservato in condizioni poco propizie, subisce poche o punte modificazioni nel periodo di una settimana; poco a punto deteriorato è l'infuso in cui è stato seminato il *bacterium coli*, che pure vi si sviluppa bene. Da foglie vecchie ed anche ammuffite di digitale si possono ottenere le tipiche sostanze attive, con poca variazione nell'attività.

Di grande importanza è un dosamento esatto, e tutte le preparazioni (principî attivi, estratto fluido, tintura) dovrebbero avere un determinato contenuto di principî attivi, in modo da ottenere sempre gli stessi effetti.

L'attività della digitale viene dagli AA. stabilita in *unità di gatto*, determinata dalla quantità (in mg.) di sostanza capace di uccidere 1 kg. di gatto quando venga iniettata lentamente e continuamente nelle vene. Essa p. e. per la digitossina corrisponde a mg. 0.35.

La dose terapeutica media della digitale (tintura o infuso) somministrata per bocca è di 0.146 unità di gatto, ovvero cmc. 0.146 di tintura per libbra di peso (0.391 per kg.); per la digitossina cristallizzata, tale dose è invece di 0.066 (o mg. 0.023 per libbra, quantità corrispondenti rispettivamente a 0.177 e 0.062 per kg. La variazione nelle dosi ammette limiti abbastanza larghi, poichè gli effetti terapeutici sono identici anche con dosi minori (del 15 %), mentre anche con dosi alquanto più elevate non si hanno che lievissimi effetti tossici. Non risulta che l'età, il sesso o le condizioni cardiache abbiano influenza sulla dose richiesta.

Influenza della digitale sulla pressione. — Si può dire in generale che essa sia scarsa sulla pressione sistolica, che le alte dosi tendono ad elevare, mentre invece viene piuttosto ridotta la pressione diastolica e viene aumentata la pressione del polso.

Si può escludere che le dosi terapeutiche, anche se elevate, abbiano diretta azione sui vasi, ciò che concorda anche con gli esperimenti sugli animali.

Non è possibile stabilire ora con precisione a che siano dovuti i cambiamenti nella pressione e nel polso. Sta di fatto che essa migliora le condizioni del circolo e quindi anche la ventilazione polmonare; scompare la cianosi e viene abolito l'effetto vasocostrittore dell'anidride carbonica sul centro. La miglioria nel circolo risulta nel funzionamento più normale dei varî organi o tessuti, per cui si tende a restituire alla norma i diversi meccanismi con cui la circolazione viene mantenuta in efficienza. Fil.

Il fascicolo 6° (15 giugno 1918) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

Dott. E. Pirondini: *Applicazione della azoturia sperimentale alla chirurgia renale.*

Dott. V. Calò: *Studio clinico dell'infezione gassosa nelle ferite di guerra.*

MEDICINA SOCIALE.

Tubercolosi e gravidanza.

È il titolo di una interessante conferenza tenuta nell'anfiteatro dell'Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova dall'on. prof. Bossi.

L'oratore, dopo presentato due gestanti tubercolotiche, in una delle quali decide l'interruzione della gestazione e nell'altra la prosecuzione, e averne date le ragioni, si addentrò nel grave problema, facendone anche la storia che oggi assume carattere di grande attualità.

La questione della tubercolosi nelle gravide costituisce un gravissimo problema così dal lato clinico che dal lato sociale, e che deve essere prospettato e propagandato non meno nel campo medico che nel campo profano per i corollari che ne derivano, e cioè la difesa fisica e sociale della donna e della famiglia.

Fin dal 1891 il prof. Bossi, studiando le applicazioni del suo metodo di parto rapido col dilatatore da lui ideato, rilevò e stabilì che *ogni caso di tubercolosi in gravidanza* doveva pel medico costituire un quesito di coscienza di clinico e di uomo se o meno devesi lasciar proseguire la gestazione o interromperla per lasciar sopravvivere la madre, sopratutto se madre già di vari figli, considerando anche il minor valore di un prodotto di una madre tisica in gestazione.

Nel frattempo i Francesi gridavano l'allarme contro l'aborto delle gravide per paura di abusi e affermavano poi con sentimento in verità altamente morale e patriottico che la madre tisica (Bouchard) dovesse dolorosamente, ma per necessità, subire la sua sorte, inesorabili per il futuro figlio, piuttosto che inscenare un principio che poteva favorire la depopolazione.

I clinici tedeschi con a capo i più autorevoli, e cioè Bumm, Martin, Bardeleben, ecc., dapprima presero in poca considerazione il concetto del Bossi, ma poi venendo al Congresso mondiale di Roma del 1912 sostennero che nei casi di tubercolosi in gravidanza dovevasi fare il taglio cesareo vaginale così detto alla Dührrsen e castrare la madre per impedire ulteriori gravidanze. E col solito sistema di affermare in qualche modo la superiorità della *Kultur* tedesca si battezzava a quel Congresso con grande sforzo di nomi autorevoli una nuova operazione d'invenzione tedesca, quella del Bardeleben, di esportare, cioè, in gravidanza l'utero alle madri tisiche per renderle sterili.

Fu memorabile la discussione avveratasi a quel Congresso mondiale della tubercolosi a Roma, perchè il Bossi per l'Italia, il Bar per la Francia, batterono in breccia la *macabra* operazione tedesca.

Il prof. Bossi dimostrò che le donne castrate durante la vita sessuale si anemizzano, presentano grave torpore nel ricambio, diventano più suscettibili a qualsiasi morbo e quindi meno resistenti alla tubercolosi, e che perciò la profilassi tedesca era doppiamente barbara, barbara per l'atto operativo macabro quanto pericoloso e inutile, barbara per le conseguenze per le povere madri.

E il Congresso fu favorevole alla tesi del clinico di Genova sull'opportunità di interrompere, in determinate condizioni, la gravidanza delle donne tubercolotiche.

Una recente importante pubblicazione del prof. Cambiaso poi è venuta testè a dimostrare a base di dati statistici quanto fosse giusta la tesi del prof. Bossi.

Il prof. Cambiaso infatti ha stampato la statistica del dispensario antitubercolare della Clinica medica di Genova, dalla quale risulta che in dieci anni di osservazione di pazienti in gran parte delle due Cliniche, l'ostetrica e la medica, si ebbero i seguenti eloquenti risultati:

Su 105 donne nelle quali la gravidanza si lasciò proseguire a termine, dopo dieci anni, 9 sole vivono, ossia solo l'8.57 %, mentre di 85 in cui si interruppe la gravidanza ne vivono tuttora 29, e cioè il 33 %, e che per rapporto ai neonati su tutti tali 105 parti non sopravvivono che 8 figli.

D. C.

VARIA.

Per lo sviluppo delle nostre stazioni idrominerali.

Si è già accennato altra volta al *bluff* delle stazioni idrominerali tedesche, ed alla necessità di reagire contro di esso. Una recente pubblicazione di G. e L. Silenzi (Roma, tip. ed. Italia) ci dà occasione di ritornare sull'argomento, che riteniamo di somma importanza per l'Italia, ricca di ogni varietà di sorgenti, che non hanno proprio nulla da invidiare a quelle tedesche.

Grave nostro difetto, però, è che noi non solo non abbiamo nemmeno lontanamente la sbalorditiva messa in scena delle stazioni tedesche, adatta ad impressionare il pubblico, che ha bisogno di bere grosso, ma non sappiamo neppure mettere in giusto valore i tesori delle nostre sorgenti. Nelle stesse Facoltà mediche, i pochi studenti che frequentano i corsi liberi di terapia fisica, hanno ben poca occasione di

apprendere l'idrologia, di cui esiste in Italia un solo libero docente; sicchè il medico entra nella pratica senza nessuna nozione chiara sull'argomento, e le prescrizioni in proposito non potranno quindi essere molto precise. A ciò si aggiunga lo snobismo, che appare limitato alle classi ricche, solo perchè queste possono concedersi il lusso di andare, p. e., a Carlsbad, anzichè a Montecatini, ma che è putroppo assai diffuso in tutte le classi.

È dunque necessario reagire in tutti i modi contro l'abitudine invalsa di non apprezzare a dovere le cose nostre. Tutti debbono cooperare a questo scopo: lo Stato nel favorire l'insegnamento della materia, nel concorrere a mettere in valore le nostre sorgenti; i medici nel conoscere bene le qualità di queste; il pubblico nel non lasciarsi convincere dell'efficacia di un prodotto, di una cura, unicamente perchè *made in Germany*.

Non è a dire però che non si noti fra noi un certo risveglio anche per il miglioramento delle nostre stazioni idrominerali. Già, come riconosceva l'on. Sanarelli in una recente intervista, in cui tratta a fondo la questione, lo stesso duro cimento a cui le stazioni termali italiane sono state e sono sottoposte durante il periodo della guerra, ha dimostrato da quanta forza di resistenza e da quanto vigore di fede siano animate. Miglioramenti, del resto, sono stati portati in molte stazioni, massimamente a Salsomaggiore ed Agnano, nonchè a Fiuggi e altrove. Per Montecatini vi è un grandioso progetto dell'arch. Giovannozzi, attualmente esposto all'Istituto d'Igiene di Roma, che porterà un vero rinnovamento termale edilizio ed igienico. Ma non basta fermarsi a poche stazioni principali; occorrono riforme generali, basate sopra un programma organico, in cui il concorso dello Stato sia ad un tempo direttivo e finanziario. Occorre che l'ambiente della stazione idrominerale sia adatto a ricevere la clientela spesso delicata ed esigente, e che una *réclame* ben diretta metta in giusta luce il valore ed i pregi della stazione stessa.

Una buona iniziativa si potrebbe intanto prendere, che sarebbe di non scarsa utilità. G. e L. Silenzi hanno pubblicato, nel loro lavoro, una tavola in cui all'indicazione delle singole malattie fanno riscontro da un lato le stazioni idrominerali di moda tedesche, dall'altro le nostre, che possono benissimo sostituirvisi. Si incominci a diffondere questa tabella fra tutti i medici italiani, in modo che tutti sappiano quale stazione consigliare ai loro malati; è un primo passo, necessario su questa via, che condurrà, speriamo, a buoni risultati.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

MARQUIS E. *Pratique courante de chirurgie de guerre.* Un vol. in-16° di 340 pag. con 76 fig. A. Maloine et Fils. ed., Parigi. Prezzo L. 7.

L'A., in questo libro, improntato ad un sano senso pratico, espone i risultati, che la triste esperienza di parecchi anni di guerra ha assodato. Il raffronto con gli errori e le manchevolezze di un passato ben recente indica con chiarezza e precisione le vie da seguire. Vengono così presentati al lettore gli attuali trattamenti delle ferite da guerra dei diversi organi ed apparecchi. Precede uno studio sul meccanismo delle ferite da parte dei diversi proiettili e sui diversi metodi di cura delle ferite; dopo aver passato in rivista i traumatismi delle diverse regioni, l'A. tratta le differenti forme della gangrena gazosa ed il tetano di guerra, nella terapia del quale viene accolto favorevolmente il metodo Baccelli. *ini.*

VELTER E. *Plaies pénétrantes du crane par projectiles de guerre.* Un vol. in-8° di 300 pag. con 182 fig. in nero ed in colore. A. Maloine ed. Parigi. Prezzo L. 15.

La guerra di trincea e l'uso di apparecchi esplosivi sempre più potenti e perfezionati hanno reso frequentissime e particolarmente gravi le lesioni del cranio. L'adozione dell'elmetto ha portato in questo campo dei reali vantaggi; tali ferite rimangono però sempre fra le questioni più interessanti della patologia di guerra.

L'A. riporta, con una certa abbondanza di particolari gli 86 casi da lui osservati che formano la base del suo studio; le osservazioni sono accompagnate da fotografie, grafici, schemi chiari ed interessanti.

Segue poi la descrizione sistematica dei sintomi, sia immediati e precoci, che tardivi; le indicazioni operatorie, la tecnica da seguirsi nei singol casi. Anche lo studio della evoluzione postoperatoria e del pronostico offrono all'A. l'occasione di dare dei consigli pratici, frutto della sua esperienza. *ini.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Anafilassi morale

È pervenuta in redazione una léttera aperta a S. E. il Ministro dell'Interno, firmata *x. y.*: queste due iniziali destinate oramai per convenzionale internazionale a coprire la responsabilità dei nefasti dell'anonimo, sono seguite da un numero d'abbonamento... che non esiste negli elenchi degli abbonati al nostro giornale. L'autore non è meglio identificato, l'anonimo è irriconoscibile e dovremmo, come è consuetudine del nostro giornale, senz'altro passare al cestino la lettera aperta. Pure lo scritto è tanto grazioso e la lettura ne è così piacevole, che non sappiamo resistere alla tentazione di farne conoscere qualche brano ai lettori.

Il signor *x. y.* adunque si rivolge a S. E. il Ministro degli Interni e lo prega perchè « non « permetta più che i signori medici strillino sui « loro giornali professionali i loro pareri, i loro « diritti, i loro reclami, la loro animosità, le « loro querimonie. Da quando la guerra è scop- « piata, la classe medica italiana (leviamoci il « cappello ai morti, ai feriti, ai decorati) ha « dato un esempio un po' zoppicante di disci- « plina morale, e poveri noi se tutti ci avessero « imitati!

« Medici di marina a strillare contro quanto « il Governo dava a quei di terraferma. Medici « di carriera a lamentare le promozioni e i com- « pensi dei colleghi di complemento. Medici di « complemento a gridare verso quei di carriera « per le mansioni d'ufficio. E i richiamati con- « tro i dispensati; e questi contro quei richia- « mati che cumulano due servizi e due stipendi; « e Croce Rossa contro Sanità militare; e Sanità « militare contro Croce Rossa, e avvicendati che « non accettano l'avvicendamento, e non avvi- « cendati che lo vogliono....

« Ma che cos'è tutto ciò?

« Nessuna classe di cittadini italiani ha con « tanta insistenza lamentato e protestato tanto. « Nessun giornale professionale di ingegneri, « di segretari comunali, di salumieri, di ferro- « vieri ha mai riempito le sue colonne di tante « richieste e denuncie di disparità, di ingiusti- « zie e simili cose.

« E perchè lo devono fare i signori medici? « Tanto più che la nota dominante che risalta « sempre è questa: non tanto la condizione di- « sagiata di chi si lamenta, quanto la presup- « posta condizione privilegiata di altri. Non il « disagio proprio, ma il presunto benestare di « un altro.

« Ecco il medico, sempre lui ».

Ad ovviare tanto male l'anonimo domanda al Ministro che censuri tutto quanto scrivono al riguardo i medici.

Evidentemente il signor *x. y.* esagera, se le discussioni riguardanti interessi multiformi e spesso contrastanti hanno potuto qualche volta tralignare, non per questo si devono sopprimere. La libertà non va strangolata anche se qualche volta degenera in licenza. Se il signor *x. y.* ha un sistema nervoso molto irritabile, se la sua salute può aver danno da certe letture, chiuda gli occhi e tiri via; ma se egli ha qualche particolare interesse perchè queste discussioni non avvengano, e la firma della lettera lo lascerebbe sospettare, sarebbe stato meglio anche in omaggio ai principî da lui enunciati e come prima applicazione del provvedimento da lui suggerito al ministro degli interni, non scrivere la lettera o cestinarla per proprio conto.

Il signor *x. y.* rileva a torto che nessuna classe di cittadini italiani ha con tanta insistenza lamentato e protestato tanto. L'anonimo scrittore evidentemente non legge che i giornali professionali della propria classe: se egli leggesse i giornali quotidiani e desse una scorsa ai resoconti parlamentari troverebbe il suo rilievo ingiusto quanto inopportuno. Saprebbe allora che ci sono avvocati che vogliono fare i giudici militari, ingegneri (quelli che non sono nella industria di guerra) che vogliono essere avvicendati e ferrovieri che domandano insistentemente un turno di servizio tra la zona di guerra e quella dell'interno. Dei salumieri riconosciamo di non saperne più di quanto ce ne dice l'anonimo.

Ma a parte le esagerazioni, non è dubbio che le manifestazioni della classe medica, in occasione della guerra, non sono state improntate a quel senso di solidarietà, alla opportunità di rinuncie reciproche, a quei giudizî di relatività che rendono sopportabili le situazioni anche più penose. Già altra volta abbiamo avuta occasione di rilevare l'assenza o la deficienza del senso di solidarietà della classe medica ed i colleghi sapranno apprezzare il nostro sentimento se vi insistiamo.. L'esito infelice della generosa iniziativa della Presidenza della Federazione dei Consigli degli Ordini per un fondo contro i più gravi danni patiti dai medici per la guerra è una triste riprova del nostro asserto.

Vero è che il medico, come tutti gli altri appartenenti al genere umano, tende più all'affermazione di diritti e di pretese che di doveri e di rinunce. Tale squilibrio è forse più evidente

nel medico, perchè per la sua cultura, per la sua educazione e per la sua stessa professione è generalmente ritenuto come un uomo moralmente superiore. Gli stessi motivi probabilmente inducono nel medico più che in altri la convinzione che il proprio modo di pensare, la propria morale sia l'unica veramente vera, convinzione che fa rifiutare tutto ciò che non è proprio, tutto ciò che non conviene, inducendolo a reazioni frequentemente eccessive ed inadeguate al suo supposto carattere morale.

Ogni individuo della nostra classe costituisce quasi un diritto particolare che sta di per sè stesso e che non riesce ad inquadrarsi nei diritti della generalità. Quello che conviene all'uno non conviene a tutti gli altri. E talvolta anche quello che un tempo era giudicato desiderabile finisce per divenire inaccettabile al momento dell'attuazione.

Da ciò la difficoltà di leggi, di regolamenti, di temperamenti che contentino tutti o anche solo la maggioranza. Per ogni individuo sarebbe necessaria una legge, il che val quanto dire che per la classe medica nessuna legge è possibile.

Esemplifichiamo. Si è chiesto, si è insistito perchè i medici richiamati di classi anziane potessero ritornare alle proprie condotte, ai propri uffici ospitalieri, perchè tali servizi riacquistassero il loro normale funzionamento e nello stesso tempo potessero essere disponibili per l'esercito i giovani medici incaricati della sostituzione dei titolari. Dopo tanto gridare alla iniquità, al sacrificio degli anziani, all'imboscamento dei giovani, si sarebbe dovuto credere ed attendere che i medici esonerati ritornassero volentieri alle proprie case, alle proprie famiglie, alle proprie mansioni, ai proprî affari. Tutt'altro: la maggior parte di essi per non essere restituiti ai proprî uffici brigano, fanno delle resistenze per non ritornare ai loro posti. Essi preferiscono fare gli ufficiali medici in grandi città, che qualche volta è anche la propria residenza, anzichè ritornare alle fatiche della condotta o al poco remunerativo lavoro dell'ospedale civile.

Per fare apprezzare a questi colleghi le delizie dei proprî uffici bisognerebbe fare loro servire la patria sul serio e non a chiacchiere, come essi pretendono: far saggiare loro la vita reggimentale.

L'anonimo che reclama la più rigorosa censura sulle richieste e sulle discussioni più o meno acri e più o meno convenienti dei medici, ha ragione di constatare e lamentare lo scarso o nullo spirito di solidarietà e di tolleranza della nostra classe; ma ha torto quando vuol metterci il bavaglio. È necessario che certa gente sia sempre smascherata. PANGLOSS.

ATTI PARLAMENTARI.

Concessioni ai militari studenti del VI anno di medicina.

Ad un'interrogazione degli on. Lombardi, Mancini ed altri il sottosegretario per la P. I., on. Roth, ha così risposto:

«Il Ministero fin da quando l'Italia entrò in guerra, riconobbe la necessità di adottare speciali provvedimenti intesi ad attenuare, in parte almeno, il danno che ne derivava agli studenti delle Università e degli Istituti d'istruzione superiore, chiamati a prestare servizio militare; principalissimi fra di essi fu l'iscrizione d'ufficio all'anno di corso successivo e la proroga al pagamento delle tasse.

«Dai benefici concessi agli studenti si ritenne dovessero essere esclusi i giovani, i quali, forniti di una laurea o di un diploma chiedevano l'iscrizione all'Università per il conseguimento di altra laurea o di altro diploma, non potendo essere essi considerati alla stessa stregua degli altri studenti sotto le armi, perchè già in possesso del titolo accademico per l'esercizio della professione che evidentemente avevano deciso di prescegliere. Fu pertanto stabilito che le disposizioni eccezionali emanate a favore degli studenti militari non potessero essere estese a coloro che già avessero conseguito una laurea o un diploma (articolo 7 del decreto luogotenenziale 2 settembre 1917, n. 1523).

«Ma a questa disposizione non fu dato effetto retroattivo; tanto è vero che le immatricolazioni e le iscrizioni concedute ai laureati militari durante gli anni di guerra, e nei precedenti, sono rimaste valide ad ogni effetto.

«Se non che, stabilito il principio, era naturale che, a cominciare dall'anno accademico 1917-18, esso fosse applicato a tutti i laureati in servizio militare, compresi coloro che già avevano beneficiato delle disposizioni eccezionali sopraindicate negli anni 1915-16 e 1916-17. E fu disposto che ai laureati militari, i quali avessero ottenuta l'immatricolazione ai corsi universitari per il conseguimento di una seconda laurea nei due anni accademici predetti, o la chiedessero per il corrente anno 1917-18, fossero applicate le norme comuni del regolamento generale universitario, e cioè fosse consentita l'iscrizione, purchè risultassero in grado di frequentare le lezioni e avessero corrisposto al pagamento delle tasse, salvo diritto alla dispensa per merito di studio».

Per gli studenti del V e VI anno di medicina.

All'on. Schiavone il Ministro della guerra ha così risposto:

«I provvedimenti adottati per gli studenti in medicina rispondono esclusivamente e completamente alle reali esigenze del momento, esigenze che sono senza alcun dubbio d'indole prevalentemente militare.

«Il Comando supremo prima di emanare disposizioni in merito, ha preso accordi con questo Ministero e con quello della Pubblica Istruzione e nello scambio di idee avuto al riguardo si è convenuto:

1. che non era necessario aumentare il numero dei militari per l'esercito mobilitato ricorrendo a dei provvedimenti di eccezione come negli anni decorsi, cosicchè per i militari del 5° e 6° anno di medicina, cioè per tutti gli aspiranti medici, non era il caso di usare un trattamento differente da quello fatto a militari studenti inscritti alle altre facoltà;

2. che era utile poter avere disponibili pel servizio sanitario tutti gli aspiranti in parola anche nel periodo invernale, in vista delle continue riduzioni che si devono applicare a quel servizio a favore dei reparti combattenti;

3. che era necessario, in considerazione della imprevidibile durata della guerra, aumentare per i futuri bisogni il numero degli aspiranti medici, facilitando convenientemente il conseguimento di tale grado ai militari studenti iscritti al 3° e 4° anno di medicina e chirurgia ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7311) *Trattamento economico dei medici inviati nei Comuni a sostituire titolari di condotta sotto le armi.* — Dott. G. S. da A. — Durante il tempo in cui presta servizio presso codesta condotta riceverà dalla Amministrazione militare lo stipendio corrispondente al grado che occupava nel R. Esercito, oltre le indennità spettanti per la qualità di richiamato, di servizio speciale, ecc. Per il servizio interinale che presta nella seconda condotta il Comune deve corrisponderle l'intero assegno o quota di assegno che corrispondeva al medico richiamato, e ciò a norma della circolare concordata fra i Ministeri della guerra e dell'interno del 10 settembre 1917, n. 20400. Il sessennio resta naturalmente sospeso fino a che dura in Lei la qualità di medico militare in cui attualmente presta servizio.

(7312) *Ufficiale sanitario - Indennità caro-viveri.* — Dott. M. I. da G. S. — L'ufficiale sanitario non è impiegato comunale perchè, tra l'altro, non è nominato dal Consiglio Comunale nè riceve stipendio ma una semplice indennità. Quando l'incarico di esercitare le funzioni di ufficiale sanitario è affidato a professionista diverso dal medico condotto, talune amministrazioni gli hanno concesso l'indennità caro-viveri e ci hanno rivolto quesiti circa l'ammontare della medesima; quesiti ai quali abbiamo, a suo tempo, risposto. Però se le funzioni di ufficiale sanitario sono affidate allo stesso medico condotto il quale, oltre lo stipendio percepisce la relativa indennità, non può essere corrisposta doppia indennità in relazione al doppio titolo.

(7314) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. P. Z. da F. — L'obbligo dei Comuni di corrispondere al proprio medico condotto titolare richiamato sotto le armi i due mesi di stipendio intero discende dal capoverso ultimo dello articolo 1° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, ove dice: Rimane salva l'applicazione del penultimo comma dello articolo 20 del Testo Unico 22 novembre 1808, n. 693. — L'epoca della riscossione è determinata da quella in cui il sanitario lascia l'effettivo servizio civile per presentarsi alle armi e le modalità, se v'ha d'uopo, consistono in analoga domanda da presentarsi al Sindaco.

(7315) *Provviste di zucchero per gli infermi - Aumento di stipendio.* — Dott. abbonato 5472. — Anche i farmacisti per le preparazioni delle medele hanno diritto alla licenza per il prelevamento dello zucchero. Ottenuta la licenza e compiuta la necessaria prenotazione possono mensilmente ritirare lo zucchero che loro occorre per l'azienda. Oltre che dal D. L. del 10 febbraio, anche successivamente con la circolare di chiarimento del 6 marzo ultimo, n. 16900, si è manifestata la necessità che i Comuni procedessero al miglioramento degli stipendi dei proprii impiegati. Sarebbe consigliabile, in vista della oscitanza finora manifestata dalla amministrazione municipale, fare ricorso alla G. P. A. perchè provveda a che il Comune dichiari la propria volontà su tale argomento.

(7316) *Dimissioni da medico condotto - Pensioni.* — Dott. M. C. da C. — Dal momento che nel capitolato non è detto quanto tempo prima il medico condotto che vuol lasciare il servizio deve rassegnare le proprie dimissioni, queste possono essere presentate sempre che si voglia, lasciando, però, sempre un congruo termine alla amministrazione per procurarsi altro sanitario. Per ottenere la pensione occorre fare domanda all'ufficio sanitario della provincia, allegando tutti i documenti richiesti dal vigente regolamento sulle pensioni. Se durante il servizio militare ha continuato a pagare il contributo, potrà liquidare su 53 anni d'età e 27 di servizio la somma di annue lire 991; se durante il servizio militare non ha pagato nulla, liquiderà su 53 anni e 24 di servizio l'annua somma di lire 808.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4348:

Il Ministero non ha emesso alcuna decisione: la ha semplicemente prorogata a scadenza di tre mesi. Occorre quindi che le pratiche pel rinnovo dell'esonero vengano fatte in tempo utile dall'autorità interessata.

Circa le altre condizioni che riguardano il suo speciale stato di famiglia, potrebbero essere forse motivo di una richiesta di esonero agricolo, richiesta che Ella potrà provare a fare.

Il conferimento del grado di capitano si ottiene solo comprovando di aver *compiuti* 15 anni di effettivo esercizio professionale, col presentare un certificato dell'autorità alla cui dipendenza tale servizio è stato prestato.

All'abb. n. 9664:

La questione era già stata presa in considerazione ed il D. L. n. 586 in data 21 aprile 1918 l'ha risoluta favorevolmente; però occorre che l'interessato *ne faccia domanda.* *r.*

Al dott. C. P. da D.:

Esiste un decreto luogotenenziale più volte citato secondo il quale i medici delle classi più giovani di quella del 1884, non possono per nessun motivo lasciare il servizio in zona di guerra.

All'abb. n. 8110:

Esiste una circolare dell'Intendenza generale che

stabilisce turni di avvicendamento tra il personale sanitario di prima linea e quello di seconda linea.

Tale circolare è stata ripetutamente citata.

All'abb. n. 2159:

Basterà che insieme alla domanda ed agli altri documenti prescritti (certificato penale, fede di nascita, certificato di moralità, ecc.) Ella alleghi una dichiarazione dell'autorità civile dalla quale dipende che comprovi oltre 15 anni di esercizio professionale.

All'abb. n. 4968:

Data la riconosciuta sua inabilità a prestar servizio con truppe mobilitate è strano che Ella abbia avuta la destinazione a cui accenna.

Ella potrà pertanto reclamare al capo ufficio di sanità dal quale dipende.

Data però la giovinezza della sua classe sarà poco probabile che, se pure restituito ai servizii territoriali, Ella possa venir destinato ad una sede prossima alla sua residenza, e non a qualche città della zona di guerra.

Al dott. G. S. da S. F.:

Il certificato del sindaco può essere sufficiente, ma è bene che sia vistato dall'autorità prefettizia.

All'abb. n. 5372:

Il Distretto a cui Ella ha rivolto la sua domanda non si limita a passarla direttamente al Ministero, ma deve provvedere ad istruire tutta una pratica di informazioni personali morali e politiche a Suo riguardo.

È naturale quindi che lo svolgersi della domanda stessa e della conseguente nomina ad ufficiale del R. Esercito abbia bisogno di un certo periodo di tempo. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Chirurgo venuto in Italia per servizio militare cerca posto come primario chirurgo in ospedale civile, con impegno di servizio limitato alla durata della guerra, in città media o alta Italia. Può offrire le migliori referenze scientifiche e sociali.

Scrivere: Soresi, Ospedale Cavour, Vercelli.

Dottoressa degli Ospedali Riuniti di Roma, ottime referenze, cerca posto in ospedale, casa di salute, Sanatorio al mare o in montagna. Scrivere: Mazzotti, via Quintino Sella, 33, Roma.

NOTIZIE DIVERSE

I Congressi di Monaco. - Congresso di Talassoterapia.

La serie dei Congressi indetti a Monaco, per l'espansione delle Stazioni Termominerali, Climatiche e Balneari delle Nazioni alleate o amiche, comprenderà Turismo, Alpinismo, Idrologia, Igiene, Talassoterapia, Città di Acque, e sarà coronata da una grande Esposizione.

Questi Congressi rappresentano il più grande avvenimento e la più grande affermazione politica e scientifica del dopo guerra, ed è necessario che tutta l'organizzazione di essi sia già pronta e matura per poter iniziare subito i lavori.

I temi prescelti dal Comitato Centrale di Parigi furono quelli relativi alla «Talassoterapia nelle forme tubercolari mediche e in quelle chirurgiche» e presso le Nazioni alleate sono già pervenute numerose relazioni e comunicazioni su questi importanti e vitali argomenti.

Oggi l'Italia, che per configurazione geografica è quella che, relativamente alla sua popolazione, è dotata di un maggior numero di città marine, di spiaggie meravigliose, di un clima incantevole, deve prendere il suo posto d'onore in questo importante convegno, e tale compito è affidato ai Comitati locali, che con la loro attiva e fattiva organizzazione, potranno diffondere i concetti cui si informa la nuova lotta contro la tubercolosi, portando ciascuno quel contributo personale scientifico che è frutto della propria esperienza e dei propri studi.

Gli Imperi Centrali avevano già cercato di assorbire e di monopolizzare le nostre belle stazioni climatiche e tutte le nostre spiaggie meravigliose, non potendo crearne nei loro paesi, e così erano sorti Stabilimenti, Istituti Scientifici, Alberghi, che domani dovranno essere di nostra proprietà, sotto il nostro dominio scientifico, amministrati da noi per la maggior ricchezza e per il maggior decoro nazionale.

Dobbiamo quindi accorrere numerosi a questo convegno che S. A. R. il Principe di Monaco ha voluto accogliere sotto il suo alto patronato, e portarvi il più alto e proficuo materiale scientifico ed anche quello illustrativo delle nostre spiaggie, tenendo presente che, annessa ai Congressi Scientifici, vi sarà anche una grande esposizione.

Il Presidente Generale, Senatore E. Maragliano, ha costituito 27 Comitati locali nelle principali città italiane.

Per Roma abbiamo:

Presidenti d'onore: U. Comandini, G. G. Della Somaglia, F. Durante, G. Lutrario, E. Marchiafava, G. Sanarelli.

Presidente del Comitato locale: V. Ascoli.

Membri effettivi: Alessandri, Angelini, L. Concetti, G. Ferreri, Leotta, Rossoni, Sabatini, Sforza, Signorelli, Tamburini.

Segretario generale del Comitato Italiano: Prof. F. Mariani di Genova.

Comitato Romano per i Congressi internazionali di Monaco.

Come abbiamo già annunziato — ed avremo occasione di occuparci ancora dell'interessantissimo argomento — si stanno organizzando in Italia e nelle Nazioni alleate od amiche una serie di Congressi per l'espansione delle stazioni termominerali, climatiche e balneari. E già all'estero si lavora a questo fine con manifesta utile realizzazione.

Martedì 11 corr., nell'Istituto di Clinica Medica, sotto la presidenza del prof. V. Ascoli, ha tenuto la sua prima riunione il Comitato Romano per i Congressi di Monaco con la presenza o l'adesione incondizionata di tutti i membri, e cioè i professori Tamburini, Ferreri, Rossoni, Alessandri, Concetti, Leotta, Angelini, Sforza, Signorelli e Sabatini.

Dopo alcune decisioni preliminari circa la sua costituzione, il Comitato ha deciso di esercitare un'ampia opera di propaganda presso il pubblico e di portare a conoscenza degli enti interessati e dei medici il grande valore di questa manifesta-

zione interalleata e la necessità dell'intervento ampio e dell'affermazione dell'Italia.

Quindi, essendo i temi prescelti dal Comitato Centrale di Parigi quelli relativi alla «Talassoterapia nelle forme tubercolari mediche e in quelle chirurgiche», il Comitato Romano ha deciso di procurarsi l'intervento di tutte le Istituzioni antitubercolari della Provincia di Roma.

Quindi all'unanimità è stato formulato il voto affinchè il Governo italiano, prima che la guerra finisca, proceda ad un'espropriazione di tutte le proprietà tedesche, che si sono installate nelle nostre stazioni termali e climatiche, specie sul Garda e nelle più importanti stazioni alpine, esercitando, ai danni dell'Italia, un'azione, oltre che economica, anche morale e politica di prim'ordine. L'espropriazione di questi beni stranieri, e soprattutto di alberghi ed istituti a tipo scientifico, che si sono affermati nelle più importanti stazioni italiane con fine di lucro, di spionaggio e di dominio dell'opinione pubblica e del movimento di malati e di forestieri, è urgentemente richiesta, nel periodo bellico, come giustizia sociale e tempestiva profilassi nazionale.

Quindi il Comitato ha deciso l'indirizzo da dare al suo lavoro scientifico ed ha fissata per propria sede l'Istituto di Clinica medica, dove possono inviarsi richieste, questionari, comunicazioni, indirizzandoli al Prof. Vittorio Ascoli, Presidente del Comitato Romano per i Congressi di Monaco.

La Conferenza interalleata pel razionamento scientifico tenutasi in Roma, ha completato i suoi lavori e presentato una relazione.

In una precedente Conferenza interalleata adunatasi a Parigi era stato fissato a 3300 calorie il valore *minimum* del vitto necessario ad un uomo del peso medio di 70 kg. che lavori in media 8 ore al giorno; una riduzione del 10 % può essere sopportata temporaneamente, senza nuocere alla salute.

La Conferenza di Roma giunse a varie altre importanti conclusioni, tra le quali la necessità di calcolare i bisogni e le disponibilità in viveri degli alleati sopra una base comune. La Commissione decise di stabilire il peso dei viveri prodotti in ciascuno dei paesi alleati in tonnellate metriche. Decise che non è opportuno determinare la razione del *minimum* di carne, dato che la carne non è una necessità fisiologica assoluta. Decise di fissare il *minimum* della razione di grassi a 75 grammi a testa al giorno.

La Commissione ritiene che in tutti i paesi alleati ogni propaganda che abbia per scopo l'incoraggiamento della produzione alimentare e l'economia dei consumi dei viveri dovrebbe essere organizzata e diretta da uomini di scienza.

Conferenza ed Esposizione interalleate per l'assistenza agli invalidi di guerra.

Nel prossimo numero pubblicheremo un'intervista col prof. Loriga sul valore del contributo italiano alla Conferenza ed all'Esposizione di Londra di cui abbiamo già dato notizia.

I medici di complemento possono raggiungere il grado di tenente colonnello.

Al momento di andare in macchina apprendiamo che un recente D. L. dispone che gli ufficiali medici di complemento di qualunque provenienza possono essere promossi per anzianità fino al grado di tenente-colonnello. Ci riserviamo di dare nel prossimo numero maggiori chiarimenti.

Treno della Croce Rossa Italiana in diretto servizio con l'Austria.

È ritornato negli scorsi giorni, col suo triste convoglio di tubercolosi, il primo treno della C. R. italiana, che si è recato direttamente in Austria per caricarvi i nostri prigionieri. Al confine svizzero il personale sanitario nostro era stato sostituito da quello svizzero, rimanendo sul treno stesso, per l'intiero percorso, solamente un verificatore ferroviario ed un magazziniere.

Non sono state lievi le difficoltà d'indole diplomatica e ferroviaria, per l'attuazione di questa comunicazione diretta, che ha permesso il trasporto dei poveri infermi, senza alcun smistamento da Feldhirch a Nervi.

Lo scaglione dei rimpatriati proveniva da Mathausen.

Medico disfattista.

Sotto questa rubrica nel fascicolo 17 di quest'anno abbiamo accennato all'arresto del medico condotto di Trevignano, dott. Carraro, per avere scritto al Sindaco di quel paese una lettera favorevole agli austriaci, dopo avere abbondonato il Comune per porre in salvo la famiglia.

Ora soggiungiamo che con sentenza 1° maggio p. p. la Corte d'appello di Venezia riconobbe inesistenti i fatti addebitati al dott. Carraro, ed annullò pienamente la sentenza del Tribunale di Treviso, che lo aveva condannato ad un mese di detenzione ed a 100 lire di multa.

Siamo lieti di questa riabilitazione, che restituisce alla stima generale un valente collega.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.
(24)

Anno XXV. *Roma, 30 giugno 1918* Fasc. 26.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Le febbri estive o da pappataci sono le febbri delle trincee? — Loro identità con l'epidemia dominante attualmente in Europa.

Prof. DE NAPOLI FERDINANDO,
ten. colonnello medico del R. Esercito.

Negli anni 1909 e 1910 ho studiato, quale capitano medico in un reggimento di bersaglieri di guarnigione in Bologna, le *febbri estive* (1) che allora infierivano specialmente in alcune caserme di questa città e che ogni anno si manifestano, come vera endemia, anche in altre regioni della nostra penisola, dominandovi dalla fine di maggio ai primi di ottobre.

Si tratta di una forma morbosa, che nella suddetta epoca fa la sua apparizione specialmente nelle caserme e che perciò ha richiamato, prima d'ogni altra, l'attenzione di noi medici militari sia in Italia (Sforza, Cevaschi, Loschi, Mendes, Mennella, Memmo, Rho, Pasquale, Rossini, Napolitani, De Napoli) che all'estero (colon. med. Birt a Malta; Kelsch e Kiener in Francia; D. Doerr, K. Franz ed S. Taussing in Austria).

Presso di noi i primi accenni alle *febbri estive* si trovano in una relazione, del 1888, del Di-

(1) DE NAPOLI F. *Sulle febbri estive o dei tre giorni dominanti in Bologna.* Giornale di medicina militare, febbraio 1911. — A questa monografia rimando il lettore per quanto riguarda la bibliografia di questa nota clinica.

rettore di Sanità del VI Corpo d'armata colonnello medico Saggini; poi apparvero, ad intervalli più o meno lunghi, varie monografie sullo stesso argomento, per lo più in coincidenza col manifestarsi o col riaccendersi di nuovi focolai epidemici, che per la loro grande e rapida diffusione hanno destato in molti osservatori l'impressione di una forma morbosa *nuova* o *speciale*, che, colpendo le collettività e segnatamente le caserme e gli istituti, fosse capace di recare gravi danni all'andamento di questi ed al servizio militare.

Invero non si tratta che della stessa entità morbosa, non riconosciuta, e non bene definita per la grande confusione ingenerata, allora come ora, dalla molteplicità dei nomi che le sono stati dati dai varii autori e nei diversi paesi: *febbri delle caserme, febbri climatiche, febbri dei tre giorni, mal della secca* (dal popolino bolognese, che suole vedere insorgere l'epidemia all'epoca del prosciugamento e dell'espurgo del canale del Reno), *influenza estiva, malattia del cane* (denominazione creata in Austria), *influenza malarica, febbri dell'Erzegovina*, ecc. E si può dire che la più recente denominazione sia quella di *febbri delle macerie*, data da qualche medico di Messina all'epidemia che si manifestò dopo il terremoto del 1908, come fa notare il Gabbi, il quale si è occupato di questo argomento e ritiene che l'infezione sia stata importata nei luoghi devastati dal terremoto, da gente dalmata, recatavisi per il trasporto del legname occorrente per le baracche.

Gli studii sulla etiologia delle febbri estive, iniziati con ricerche batteriologiche e sperimentali dallo Sforza e proseguiti dal Mendes, dalla Commissione austriaca, dal Napolitani e dal Tedeschi nonchè dal Gabbi, sono stati avvalorati e confermati dalle indagini cliniche del Gabbi stesso, mie e di altri. E sembrò che si fosse raggiunto l'accordo sulla identificazione della speciale forma morbosa e sulla unità di denominazione in quella di *febbri da pappataci*, essendo stato riconosciuto questo dittero quale vettore dell'infezione.

Però fin dall'inizio dell'attuale guerra a me è parso di veder risorgere la questione delle *febbri da pappataci*, sopita senza che l'agente infettivo fosse stato scoperto, e di ravvisare quella entità morbosa, a noi ben nota sotto il punto di vista clinico, in malattie che hanno fatto la loro apparizione qua e là e che sono state descritte e proclamate *nuove* o *speciali* dagli autori, che volta a volta le hanno studiate e battezzate con nomi nuovi; ma sopratutto la ho ravvisata nelle *febbri delle trincee — Trench fever* — nome gènerico, che ha servito ad indicare, talora, qualsiasi forma morbosa febbrile, che si sviluppasse in trincea e che non fosse facilmente diagnosticabile.

Oggi si parla molto di una sindrome acuta febbrile, che non esito ad identificare nelle *febbri estive* o *da pappataci*, e che, anche più nel momento attuale, merita ogni studio per i danni enormi che essa può apportare non solo alla compagine dell'Esercito, ma anche alle industrie della guerra, perchè si tratta di una vera pandemia, che dalle caserme e dalle trincee, forse, si è diffusa fra le popolazioni civili, penetrando nei cantieri operai (1). Nè si possono comprendere i danni, dei quali è apportatrice questa forma epidemica, in apparenza lieve e di prognosi fausta, se non si assiste alla sua grande e rapida diffusione, per la quale in breve tempo gran parte degli effettivi di un reparto di truppa o degli operai di uno stabilimento può essere sottratta al servizio. E l'incapacità al lavoro non si limita ai tre o sei o sette giorni, che rappresentano la durata del periodo acuto, ma essa si prolunga talora per un mese, a causa della conseguente grave astenia.

Riporto qui dalla mia monografia, sopra citata, la sintomatologia delle *febbri da pappataci*, anche perchè si possa istituire il confronto e stabilire l'identità con qualcuna delle forme morbose descritte come nuove durante questa guerra e con l'epidemia, che oggi domina in tutta l'Europa: «*Assenza quasi costante del periodo prodromico. Il periodo di incubazione varia da tre ad otto giorni. L'inizio del morbo è caratterizzato da brusca elevazione febbrile, preceduta raramente da brividi di freddo ed accompagnata da cefalea, da dolori muscolari ed articolari, da rachialgia e quasi sempre da disturbi gastroenterici. Si può avere in qualche caso irritazione delle prime vie respiratorie* (2) *e delle mucose, congiuntivale e nasale. Sono rari i sintomi a carico del sistema nervoso. La febbre a tipo sub-continuo, talvolta elevatissima* (+40° C.), *ha per solito la durata di tre giorni. Come postumo si nota quasi sempre un periodo più o meno lungo di astenia*». Non si

(1) L'attuale epidemia, così diffusa presso di noi, ha fatto supporre in qualche città che essa dipenda dalla alimentazione. Nessun rapporto etiologico esiste invece con gli alimenti. La stessa sintomatologia lo dice e vale a confutare simili voci, messe in giro, forse, con fini... non certamente patriottici.

(2) Nella epidemia che attualmente domina si constatano molti casi accompagnati da tonsilliti. Ho praticato l'esame microscopico in qualcuna di queste, che per i sintomi imponenti poteva far sospettare una difterite, ed ho trovato solamente streptococchi. Però non ostante la tonsillite grave, il decorso febbrile non superò i tre giorni.

riscontra tumore di milza. L'infezione non conferisce immunità. La cura è sintomatica e palliativa. « *Ho spesso rilevato sul viso, specie sulla fronte, sulle mani e sulle braccia, e qualche volta anche in altre parti del corpo, dei piccoli pomfi e delle papule o delle chiazzette di roseola di color rosso-bruno, che gli infermi asserivano di avere da qualche giorno, attribuendole a punture d'insetti* (zanzare) ».

È questo il quadro clinico che con qualche differenza, con prevalenza di questo o quel sintomo, è stato fissato per le *febbri estive o da pappataci* dai varii autori. Basta dare uno sguardo a ciò che è stato scritto sulle *febbri delle trincee* (che oggi, per maggior confusione, qualcuno tende ad identificare con le febbri dei cinque giorni o di Volinia!) per formarsi il concetto che si tratta della stessa forma morbosa, che a noi è già nota e che è stata ribattezzata da coloro che hanno avuto occasione di osservarla ora per la prima volta. E ciò non deve sorprendere, perchè le febbri estive hanno finora dominato solo in alcune regioni, sotto forma endemica (Europa meridionale e coste dell'Africa settentrionale) perfino con la caratteristica *della limitazione* a certi locali (per lo più caserme): attualmente invece si sono diffuse enormemente ed hanno assunto la forma impressionante di una vera pandemia, che ha colpito non solo i paesi belligeranti, ma anche quelli neutrali (Spagna). A che cosa è dovuto ciò? Certamente al contatto ed alla mobilità di tanti eserciti e forse alle condizioni localiste, create dalla guerra e più favorevoli alla vita dell'agente specifico ignoto ed allo sviluppo del suo veicolo noto, *il pappataci*, ma che probabilmente non è unico (1). Quale identità di terreno non esiste infatti fra le trincee e le macerie delle sconvolte terre calabro-sicule, dopo l'ecatombe che vi produsse il terremoto, ed il fondo limaccioso e scoperto di un canale, che, come quello del Reno, accoglie i rifiuti ed i detriti organici della città che attraversa? E questi — lo dice il Blanchard nel suo lavoro su *Les moustiques*, del quale ho riportato la traduzione letterale nella mia monografia — sono un ottimo terreno per le larve del *pappataci*.

Gli studii che si sono imposti, per le nuove necessità, in paesi dove le nostre febbri estive o da pappataci — descritte solo in poche monografie, sparse per giunta in varii periodici scientifici — non erano conosciute, giustificano la confusione che è avvenuta. E tali studii hanno grande importanza, perchè essi fanno sperare qualche luce sulla etiologia del morbo, che deve preoccuparci per la sua grande diffusione epidemica.

Infatti da quello che è dato desumere dalle riviste sintetiche (v. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 34 e 35 del 1918) sarebbe stata trovata una spirocheta quale agente specifico delle febbri delle trincee; e può darsi che l'aver trovato spirocheturia e spirochetemia anche nelle febbri di Volinia — dette dei cinque giorni o quintane — abbia creato una ingiustificata tendenza a confondere questa ben definita forma morbosa con le febbri delle trincee, le quali non sono altrettanto bene individualizzate, e che, negli svariati quadri clinici, che ne sono stati fatti, ne comprendono qualcuno in tutto identico a quello delle nostre febbri da pappataci.

Inoltre Netter e Salanier (*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, n. 1 del 1918) hanno avuto il reperto di spirochete nell'urina di individui colpiti, a Parigi e nel suburbio, da *una malattia nuova*, consistente in una *affezione febbrile ad evoluzione assai diversa*, che si manifesta in più membri della stessa famiglia e che *agli autori non sembra essere dovuta ad infezioni classiche.*

Il risvegliarsi ed il diffondersi nel nostro paese di una epidemia, che a me pare la solita febbre estiva, avrà poi richiamato l'attenzione dei nostri studiosi alla ricerca dell'agente, finora ignoto, che ne è la causa. Io credo perciò che sia necessario, in considerazione delle identità cliniche, molto evidenti, che esistono tra la forma morbosa a noi già nota e queste nuove entità che sono apparse sull'orizzonte della patologia, rivolgere le nostre ricerche sul sangue e sulle urine dei colpiti per controllare almeno quello che gli altri hanno trovato.

Però bisogna andare molto cauti! fra tante malattie, alle quali sono attribuite come agenti le spirochete, non è certo facile orizzontarsi. Ed è d'uopo inoltre guardarsi da possibili errori, come ha avvertito recentemente lo Stoddard, il quale ha fatto rilevare, nella discussione di tanti casi di spirocheturia, la presenza costante di spirochete nel sacco prepuziale e nel meato dell'uomo normale. Chiun-

(1) Le nuove condizioni igieniche create dalla guerra possono anche darci spiegazione della diffusione della epidemia in località (alta montagna) ed in epoche (inverno) in cui le febbri da pappataci non solevano verificarsi prima. L'Hurst (*Journal of the Royal Army Medical Corps*, febbraio 1917) afferma che l'insetto-vettore delle febbri delle trincee è il pidocchio dei vestiti. E, data l'identità tra febb. delle trincee e febb. da pappataci, non il solo *phlebotomus papatasii*, ma anche altri insetti sarebbero i veicoli della infezione, che non resterebbe quindi limitata al ciclo vitale di quello (fine di maggio, primi di ottobre) ed avrebbe più rapida e maggiore diffusione.

que poi abbia fatto molti esami della spirocheta pallida — ben nota e morfologicamente bene individualizzata — ha notato quante varietà essa presenti, sia nei preparati colorati che all''ultramicroscopio, e quale pratica si richieda per riconoscerla con sicurezza e differenziarla in base ai caratteri morfologici. Esistono spirochete pallide lunghe, corte, sottili, grosse, a due spire, a 5-7-14 spire, a Y, ad anello; ed a paraboloide se ne vedono a forma perfettamente spirale e con caratteristici movimenti, punteggiate, rettilinee, ecc. Tutto ciò vale a prospettare le difficoltà ed a dire quale diligenza e coscienza esige un simile studio, al quale certo molti colleghi attendono in questo periodo, in cui la ricerca dell'agente della epidemia che domina nelle caserme, come negli opifici e nelle famiglie, deve appassionare non per un solo scopo dottrinario, ma per un fine pratico della più grande importanza

Se l'identità tra le febbri da pappataci, le febbri delle trincee ed altre entità morbose — sorte in questo periodo, nel quale esiste indubbiamente grande confusione circa la identificazione di alcune malattie, presentate come nuove — fosse stabilita anche in base alle ricerche etiologiche, con reperti sicuri dell'agente specifico, le migliori speranze si potrebbero concepire non solo per la cura di esse, ma anche per la profilassi. Perchè, qualora si trattasse di una spirochetosi, avremmo nei preparati arsenicali (arsenobenzoli specialmente) non solo un mezzo terapeutico potente e di rapida efficacia, ma, data la natura acuta della malattia e la presenza di abbondanti spirochete nel sangue — a differenza di ciò che avviene nella sifilide con evoluzione clinica eminentemente cronica e con scarsa spirochetemia, in ogni suo periodo — si potrebbe anche avere la speranza di prevenire e di impedire il male. E grande sarebbe pertanto il benefizio per le nostre truppe e per le popolazioni civili, colpite attualmente da una malattia che, sebbene in apparenza lieve e di prognosi fausta, reclama solleciti studii ed energici provvedimenti affinchè siano evitati i danni rilevanti che essa cagiona.

Il fascicolo 6° (1° giugno 1918) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

Prof. S. RICCA: *Il problema clinico-chirurgico delle lesioni da guerra dei nervi periferici a tipo paralitico.*

Prof. E. CAVAZZANI: *In tema di gas asfissianti e di campi tattili.*

Prof. T. SILVESTRI: *A proposito del potere uricolitico delle glandole a secrezione interna.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

A proposito di deformità degli arti nei feriti di guerra.

Prof. FRANCESCO PURPURA, magg. med. di compl.

Mi pare che sia molto interessante richiamare l'attenzione sulle deformità, che con tanta frequenza si osservano negli arti dei feriti di guerra.

Si è giustamente insistito con discussioni e provvedimenti sulle amputazioni degli arti, dovendo tutti tendere con ogni sforzo a praticare la chirurgia conservativa; ma certamente grande considerazione merita pure l'opportuno trattamento degli arti feriti per evitarne le deformità, che ne intaccano o ne aboliscano la funzione. Moltissime deformità potrebbero essere evitate con acorgimenti semplici appropriati e, dico subito, con l'uso, non trascurato da nessun medico, di stecche o di apparecchi atti a mantenere gli arti nella giusta posizione.

Fra i numerosi casi di deformità degli arti nei feriti di guerra, venuti alla mia osservazione, ne ricordo, a mo' di esempio, tre che si riferiscono ad ammalati, nei quali ho praticato interventi operativi: in un caso si aveva un piede equino leggermente varo, in un altro un piede equino puro e nel terzo caso residuava un ginocchio anchilosato in posizione di valgismo.

Riferisco con brevi cenni i detti casi.

CASO I. — T.... A..., soldato di fanteria, fu ferito al polpaccio della gamba sinistra da un proiettile di fucile. Nella ferita avvenne suppurazione, per cui furono praticate incisioni e l'ammalato guarì dopo 7 mesi di cura in varî ospedali. In questo periodo di tempo il piede assumeva una posizione viziosa, contro cui non fu preso alcun provvedimento.

Il piede si presenta in flessione plantare ed un po' addotto e ruotato all'interno: le dita sono in estensione. Il tallone resta 4 cm. più alto dal suolo rispetto alla parte anteriore della pianta del piede. Sulla faccia esterna della gamba si riscontrano due cicatrici cutanee, una lunga 5 cm. e larga 3, l'altra lunga 9 cm. e larga 3, di colorito bruno, non aderenti allo strato muscolare sottostante; altra cicatrice si nota nella cute della faccia posteriore della gamba: essa è lunga 8 cm. e larga 1, di colorito bruno, non aderente al muscolo sottostante.

Non si riesce a correggere affatto la deformità con manovre tendenti a riportare il piede nella posizione normale.

L'ammalato, camminando, poggia al suolo la punta ed un po' il margine esterno del piede.

Ho praticato l'allungamento del tendine di Achille per sdoppiamento e scivolamento, suturando con punti in catgut il tendine e la sua guaina. Indi ho suturato la ferita cutanea ed

ho applicato un apparecchio con bende gessate.

Ho potuto ottenere la perfetta correzione della deformità.

CASO II. — M... N..., soldato di fanteria, riportò ferita da pallottola di fucile al polpaccio della gamba sinistra. Nella ferita si verificò suppurazione, per cui si dovettero praticare incisioni e l'ammalato guarì dopo 4 mesi di cura. Frattanto però il piede assumeva posizione viziosa, diventando spiccatamente equino.

Il piede si presenta in forte flessione plantare. Quando l'ammalato poggia la parte anteriore della pianta del piede, il tallone rimane a 9 cm. dal suolo. Alla faccia interna del terzo medio della gamba sinistra si nota una cicatrice lunga 10 cm., larga 2, un po' infossata, di colorito bruno, non aderente allo strato muscolare sottostante.

Tentando di riportare forzatamente il piede nella posizione normale, non si riesce a correggere affatto la posizione viziosa.

L'ammalato nel cammino poggia la punta del piede.

Ho curato questo caso nella stessa maniera del precedente, ottenendo ugualmente una perfetta correzione della deformità.

CASO III. — L... P... V..., soldato di fanteria, fu ferito da pallottola esplosiva alla coscia sinistra con interessamento dell'articolazione del ginocchio. Verificatasi suppurazione, fu operato di artrotomia e con diverse incisioni al terzo inferiore della coscia. E' stato ricoverato nel mio reparto dopo 18 mesi di degenza in altri reparti.

Quando l'infermo è venuto a me, l'esame obbiettivo dell'arto ammalato si poteva riassumere nella maniera seguente.

L'arto inferiore sinistro è ipotrofico. Il ginocchio si presenta in anchilosi vera ed in posizione di valgismo. L'estremo inferiore della coscia sinistra è notevolmente ingrossato ed è sede di varie cicatrici dirette in senso longitudinale, nonchè di quattro tramiti fistolosi, dai quali viene fuori pus abbondante. Introducendo attraverso i detti tramiti uno specillo, si raggiunge superficie ossea scabra.

Curo per alcuni giorni i tramiti irrigando con soluzioni antisettiche; poi, con incisioni praticate sulle cicatrici, raggiungo il fondo dei seni fistolosi ed asporto le schegge ossee ivi esistenti.

L'infermo viene presto a guarigione, rimanendo, s'intende, con la deformità del ginocchio. Non essendo questa deformità di grado elevato e per ciò non disturbando molto la funzione dell'arto, non credo convenga nemmeno in tempo ulteriore pensare alla possibilità di una correzione della deformità stessa con un intervento chirurgico.

***

Riferendomi ai primi due casi, di cui ho tenuto parola, rilevo come la deformità del piede si debba attribuire alla mancanza di opportuni provvedimenti per mantenere il piede in giusta posizione durante la cura delle ferite nelle parti molli della gamba.

Ricordo come, oltre a tante altre cause note, merita importanza per l'eziologica del piede equino-varo l'azione meccanica del peso del piede. La parte del piede, che resta al davanti dell'asse di rotazione dell'articolazione tibio-astragalica, è assai più lunga della parte che rimane posteriormente e pertanto, se l'infermo rimane coricato sul dorso o se egli cammina con le grucce a piede sollevato dal suolo, la punta del piede, obbedendo alla gravità, si abbassa ed il calcagno si solleva; in tale movimento il piede, per altri fattori noti inerenti alla sua conformazione, tende a mettersi in adduzione, rotazione interna e supinazione. Se l'ammalato sta a letto, il peso delle coperte contribuisce ad aumentare l'azione dovuta alla gravità. Conservando l'infermo per lungo tempo la posizione viziosa, questa finisce per rimanere permanente e, quando poi si vorrà utilizzare il piede per la stazione eretta e per il cammino, non sarà possibile di appoggiarlo che soltanto per la punta e sul margine esterno. Nella stazione eretta e nel cammino il peso del corpo determinerà inoltre un grado maggiore di adduzione e di supinazone.

Nei miei due casi, quando gli ammalati capitarono sotto la mia osservazione, non era più possibile una cura incruenta della deformità ed ho dovuto ricorrere alle operazioni, che ho acennato.

Relativamente al terzo caso, sopra riferito, la deformità nella regione del ginocchio si deve attribuire al mancato uso di una stecca opportuna per mantenere l'arto in posizione rettilinea.

Oltre a questi, di cui ho tenuto parola, numerosi, assai numerosi casi consimili ho potuto osservare tra i feriti di guerra. E quello, che risulta a carico degli arti inferiori, avviene nella stessa maniera per gli arti superiori. Di parecchi ammalati con deformità degli arti inferiori e superiori ho fatto e conservo le fotografie.

***

Ho creduto opportuno di mettere in rilievo con questa nota i fatti osservati, dovuti alla mancanza dell'uso di una stecca, di un apparecchio opportuno, affinchè si provveda convenientemente.

È ovvio pensare di quanto danno riescano per gli individui, per la società e per lo Stato, tutte le deformità degli arti, che ne limitano o ne aboliscano la funzione.

***

Tutti gli ospedali militari di chirurgia dovrebbero essere forniti abbondantemente di stecche, meglio se foggiate su di un tipo unico, scelto con sani criterii.

Tutti i medici poi non dovremmo mai trascurare di servirci opportunamente di dette stecche e di confezionare gli apparecchi convenienti per impedire dolorosi e rovinosi reliquati nei nostri feriti.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Critica sull'uso delle prove dell'atropina e del nitrito d'amile nella diagnosi delle bradicardie.

Dr. FRÉDÉRICQ (*Archiv. d. malad. du cœur*, n. 9).

La proprietà, che possiede l'atropina di sopprimere il tono cardio-inibitore dei nervi vaghi è stata utilizzata per la prima volta in clinica da Dehio (1892) allo scopo di diagnosticare la causa, la natura o la localizzazione della lesione produttrice di una bradicardia.

La prova del nitrito d'amile, dovuta a Josué e Godlewski, dà gli stessi risultati clinici di quella dell'atropina, ma è invece più costante e più netta e però deve esser preferita. C. Lian ha chiaramente dimostrato che non è esatto dire che questa prova (dell'atropina) indichi l'origine intra- o extracardiaca dell'alterazione del ritmo. Infatti Flack ha potuto nel cane, impregnando di muscarina la regione del sinus, provocare una bradicardia intracardiaca sperimentale. La stessa prova positiva nella bradicardia itterica deve essere considerata come una bradicardia intracardiaca; inoltre, come nota giustamente Lian, questa prova non è destinata a stabilire la varietà della bradicardia, e, se essa è stata considerata come definitiva per la diagnosi delle varietà e delle origini della bradicardia, è per la ragione che si è considerato a torto, che una bradicardia miocardiaca era sempre dovuta alla dissociazione auriculo-ventricolare e che una bradicardia nervosa non rivelava mai una dissociazione auriculo-ventricolare.

Oggi l'opinione più diffusa è che i risultati delle prove dell'atropina e del nitrito d'amile permettono di collocare la bradicardia nella classe delle bradicardie nervose (prova positiva) od in quella delle bradicardie miocardiche (prova negativa). Questo modo di vedere sarebbe troppo generale, secondo Lian, perchè la formula esatta per tutti i casi sembra essere questa: la prova dell'atropina ha lo scopo di stabilire se la bradicardia è o non sotto la dipendenza di una ipertonicità dell'X. Un risultato positivo darebbe quindi la prova che la bradicardia è determinata da uno stato di *vagotonia* come hanno cercato di determinare Eppinger ed Hess. È in questo senso che la prova dell'atropina e quella del nitrito d'amile sono quotidianamente applicate alla diagnostica delle varietà della bradicardia. Wenkebach è decisamente contrario a questo modo di vedere e l'opinione dell'A., basata sulla sua esperienza, è interamente conforme a quella dell'osservatore olandese. Un risultato positivo, un acceleramento notevole cioè del polso dopo la somministrazione dell'atropina o del nitrito d'amile ad un bradicardico prova solo che in un tale soggetto il tono fisiologico del vago non è abolito, ma non che esso sia esagerato; ciò non significa che l'esagerazione di questo tono sia causa patologica produttrice della bradicardia, perchè il ritmo cardiaco, qualunque ne sia la frequenza, è la risultante di azioni diverse, fra le quali il tono cardio-inibitore normale del vago prende certamente parte. Non è però esso che determina la comparsa della bradicardia, in altri termini, non si possono incriminare le sue alterazioni per spiegare come la frequenza del ritmo sia diminuita. Qualunque sia la causa della bradicardia, tanto quando questo tono è presente, quanto se sia esagerata la sua intensità, la sua scomparsa mediante l'atropina o il nitrito d'amile avrà per effetto l'acceleramento del ritmo. Per dimostrare in modo decisivo l'insufficienza delle prove dell'atropina e del nitrito d'amile nella diagnosi delle bradicardie nervose o miocardiche, il mezzo migliore era di ricorrere all'esperimento: bastava produrre nell'animale un rallentamento del ritmo cardiaco nella patogenesi del quale potesse essere senza alcun dubbio esclusa una ipertonicità del vago; ma che fosse certamente sotto la dipendenza di un'alterazione del miocardio, per cui la soppressione del tono del vago. E questo ha tentato di fare l'A. Si sa che non è molto difficile nel cane dissociare fra i fascetti di His le vie di conduzione muscolare dalle vie di conduzione nervosa appartenenti ai vaghi. Una compressione moderata della regione del fascetto di His sopprime la via motrice che lo percorre e produce la dissociazione auricolo-ventricolare (con rallentamento e automatismo ventricolare), ma non sopprime affatto il funzionamento della via nervosa arrestatrice. L'A. si è servito di questo

processo per determinare nel cane un automatismo ventricolare analogo a quello che si osserva in clinica nei casi di polso lento permanente per dissociazione auricolo-ventricolare (malattia di Stokes-Adams) nello stesso tempo, che conservava ai vaghi la loro azione arrestatrice sui ventricoli. L'azione arrestatrice dei vaghi era rispettata e non essendo stato leso il loro centro, il loro tono moderatore continuava ad esercitare la sua azione sui ventricoli, malgrado lo schiacciamento parziale del fascetto di His. La soppressione di questo tono (per sezione dei nervi, per l'atropina o per il nitrito d'amile) doveva per conseguenza determinare una accelerazione del ritmo ventricolare. Ed è proprio quello che hanno confermato le esperienze dell'A. Questi risultati sono equivalenti a una prova nettamente positiva con l'atropina o col nitrito d'amile. Finora l'A. ha cercato di ottenere la soppressione del tono dei vaghi, nelle sue esperienze di bradicardia artificiale con la sezione di questi nervi. Non sembra dubbio, che la somministrazione dell'atropina o del nitrito d'amile dovesse dare i medesimi risultati, e ciò si propone di verificare nel corso di nuove ricerche.

Bradicardia miocardica, bradicardia parziale, bradicardia intracardiaca, bradicardia per dissociazione: tutti questi nomi sembra convengano perfettamente al disturbo di cui sperimentalmente l'A. ha provocato la comparsa. Vi era dunque, secondo le idee generalmente riconosciute, ogni ragione di credere che le prove di soppressione del tono dei vaghi sarebbero fallite; ma l'esperienza fu al contrario positiva; essa non milita affatto a favore della ligittimità dell'uso della prova del nitrito d'amile e dell'atropina nella diagnosi delle bradicardie.

De Chiara.

CHIRURGIA.

Trattamento delle ferite del cranio nelle ambulanze avanzate.

(A. Schwartz. *Paris médical*, anno 6°, n. 51).

Le ferite del cranio debbono, secondo l'A. essere trattate nella stessa guisa delle ferite delle parti molli: l'indicazione è parimenti netta e precisa, l'operazione si impone per la stessa urgenza; ed i tre termini in cui si riassume la tecnica di tutti gli interventi: sbrigliamento, pulizia, drenaggio debbono avere anche in tali ferite la loro applicazione, che varia tuttavia secondo l'aspetto anatomo-clinico, ma sopratutto anatomico, delle lesioni.

Dal punto di vista pratico è opportuno dividere le ferite in *penetranti* e *non penetranti* a seconda che la dura madre è o no aperta; distinzione capitale perchè le prime, a differenza delle seconde, sono sempre ferite gravi.

Le ferite non penetranti, salvo rare eccezioni in cui possono aversi contusioni, ematomi sottodurali, ed anche vere e proprie lesioni della dura madre e della massa cerebrale da schegge del tavolato interno, si riducono a lesioni ossee che variano da semplici macchie bluastre, indice di una contusione diretta, a fessure più o meno estese; ad avvallamenti ossei parziali, a vere fratture della scatola cranica.

Le ferite penetranti invece sono caratterizzate dalla penetrazione del proiettile, attraverso la dura madre, nell'encefalo con tutte le conseguenze, oltre che delle lesioni dirette di queste parti, anche della penetrazione di corpi estranei e particolarmente di brandelli di stoffa e di capelli.

Bisogna ben guardarsi dal formulare una diagnosi col semplice esame superficiale o sia pure col sondaggio di una ferita del cranio: qualunque sia il suo aspetto esteriore deve essere sbrigliata per rendersi conto esatto delle lesioni sottostanti, ed in tutti i casi in cui si constati lesione ossea si deve procedere alla trapanazione, qualunque possa essere l'apparenza del quadro clinico; poichè le ferite apparentemente più insignificanti possono accompagnarsi a gravi lesioni interne, e viceversa feriti in istato comatoso, da considerarsi come perduti, risorgono in seguito ad un adatto intervento.

Ciò premesso come risultato della esperienza di ventun mesi di servizio e di 300 casi osservati l'A. prende a considerare i vari tipi di lesioni per proporne lo speciale trattamento.

Ferite che sembrano di nessuna importanza: rapatura, disinfezione con tintura di iodio, sbrigliamento accompagnato da escisione dei bordi contusi. Se all'esame diretto dell'osso questo si mostra intatto o tutt'al più denudato del periostio ma senza alterazioni visibili; e se, d'altra parte, il ferito è in ottime condizioni, non presenta sintomi cerebrali, si può dopo nettata la ferita drenarla senz'altro. Talvolta l'osso non solo è privo del periostio, ma presenta una semplice macchia bluastra, una piccola incrinatura o una lieve depressione: in tal caso con una sgorbia è necessario asportare prudentemente il tavolato esterno per assicurarsi che, come accade di frequente non vi sieno lesioni di quello interno per le quali occorra provvedere in modo diverso.

Ferite di gravità media ma non penetranti:

ingrandimento della ferita nel senso della sua lunghezza in modo da ottenere una incisione lunga da 6 a 8 centimetri, a ciascuna delle cui estremità si può aggiungere se occorra una incisione perpendicolare così da formare due piccoli lembi che si divaricano facilmente ed offrono tutto il campo desiderabile; assai meglio delle incisioni crociate che sono difficili a guarire e di quelle a lembo a cerniera che non permettono un buon drenaggio. Qualche pinza di Kocher sui bordi della incisione è sufficiente all'emostasi; si escidono i lembi contusi, si procede alla pulizia della parte lesa. Messa così in vista la lesione ossea, costituita di solito da una soluzione di continuo con schegge più o meno numerose, queste vengono asportate minuziosamente e dolcemente facendo delle trazioni in direzione parallela alla superficie cerebrale. Se asportando qualche scheggia si ha abbondante emorragia per lesione dei seni, il che di frequente accade, una piccola striscia di garza introdotta nell'orificio della dura madre è sufficiente a frenarla.

Si regolarizzano poscia i margini della breccia con una pinza ossivora tenendo presenti tre punti: 1° di non privare del periostio se non la parte di osso che si vuole asportare; 2° di lasciare in posto le schegge ossee un po' grandi che sieno in buona posizione; 3° di non seguire le semplici fessure, che talvolta si irraggiano assai lontano.

Scoperta la dura madre, questa può presentarsi del tutto sana. In tal caso, se il ferito non presenta sintomi cerebrali occorre arrrestare l'intervento a questo punto e drenare con una piccola compressa, suturando parzialmente l'incisione cutanea; se invece si hanno dei disturbi cerebrali è necessario praticare col bisturi una piccolissima incisione della dura madre per assicurarsi dello stato degli organi sottostanti.

Ma quando la dura madre non sembra normale, è tesa o sollevata da un ematoma, non v'è da esitare ed occorre inciderla, esistano o no sintomi cerebrali, e provvedere come nei casi di ferite penetranti. Il prognostico è tuttavia anche in simili casi meno grave di quando vi è penetrazione di proiettili.

Ferite penetranti: la tecnica è la stessa che nel caso precedente per quanto riguarda l'incisione cutanea e la breccia ossea che deve essere più ampia così da arrivare a vedere tutto all'intorno la dura madre sana, anche la dura va incisa asportandone le parti contuse o lacerate; ed è così messa allo scoperto la sostanza cerebrale che di solito fa ernia attraverso l'orificio d'entrata del proiettile.

La toilette del focolaio cerebrale è di capitale importanza: qui più che in ogni altra ferita occorre asportare minuziosamente tutte le particelle di vestiario, i capelli, le schegge ossee, i proiettili che possono esservi penetrati. Di solito, aperta la dura madre le schegge spontaneamente affiorano alla superficie cerebrale ma occorre assicurarsi, palpando dolcemente col polpastrello dell'indice, che alcuna non ne rimanga in profondità, dove possono essere penetrate coi proiettili. Questi devono, secondo l'A., essere estratti solo se l'intervento è praticato da un abile chirurgo di professione, con l'aiuto della radiografia, e dello strumentario speciale occorrente: essendo altrimenti preferibile arrestarsi alla toilette ed all'emostasi del focolaio cerebrale. Quando il proiettile ha traversato il cranio occorre praticare lo stesso intervento tanto sul foro di ingresso che su quello di uscita.

Il tamponamento della ferita dopo l'operazione ha una non trascurabile importanza, ogni operatore lo pratica alla propria maniera: l'A. taglia la garza sterile secondo la forma della breccia ossea praticata, ma leggermente più grande, e la insinua a la periferia fra la dura madre e l'osso così da sostituirla quasi all'osso asportato. Egli ritiene che sia con ciò impedito alla sostanza cerebrale di fare ernia. Su questo tampone centrale dispone altra garza piuttosto ammucchiata, al disopra della quale fissa con qualche punto i lembi cutanei ma lasciando dagli estremi fuoriuscire parte della striscia di garza che serve così da drenaggio.

In capo a due o tre giorni si tolgono i punti: le labbra della ferita si riaprono e si può così cambiare la medicatura sottostante ma lasciando in posto fino al decimo o dodicesimo giorno il primo disco di medicatura messo a contatto diretto della lesione cerebrale che può in questo frattempo granulare, cosicchè quando si toglie anche la prima compressa non si produce su di essa alcun traumatismo.

Da questo momento si può cominciare a restringere la ferita cutanea suturandone gli estremi: si ottiene in tal modo una rapida chiusura della breccia.

Nei casi in cui la lesione interessa la volta orbitaria e vi sia distruzione del globo oculare si può dopo enucleazione dell'occhio praticare il drenaggio attraverso la stessa orbita.

Qualora in seguito al tamponamento si manifestino delle crisi di epilessia jacksoniana occorre diminuire la pressione della medicatura: non v'è da stupirsi se si abbia una abbondantissima secrezione sierosa potendo questa esser costituita da fuoriuscita del liquido cefalo-rachidiano.

L'A. chiude le sue osservazioni raccomandando di operare *in tutti i casi* con l'anestesia locale, che riesce sempre efficace qualora si abbia cura di circoscrivere tutto all'intorno il campo operatorio con una serie di iniezioni sottocutanee e con qualcuna contro la superficie ossea, e di non trasferire gli operati se non dopo averli sorvegliati da uno a due mesi e, se possibile, anche di più. L. GUIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Conferenza chirurgica interalleata per lo studio delle lesioni di guerra.

4ª sessione: 11-16 marzo 1918.
(*La Presse Médicale*, n. 21, 11 aprile 1918).

Le questioni sulle quali si dovevano prendere deliberazioni erano le seguenti:

I. **La trasfusione del sangue:** fu stabilito che la trasfusione dà attualmente risultati sufficienti per essere considerata come il metodo di scelta nel trattamento delle emorragie gravi.

Indicazioni: *a*) nelle prime ore consecutive alla lesione sono fornite dai rilievi obiettivi e dalla osservazione ripetuta della pressione sanguigna nonchè dalla conta dei globuli rossi. Nei posti avanzati dove tali rilievi non sono possibili l'indicazione è data dai sintomi clinici. Risultati negativi si hanno nei casi di collasso circolatorio per affezioni acutissime (cangrena gassosa): le indicazioni non sono sufficientemente precisate in caso di *shock;*

b) nel corso del trattamento la trasfusione non è giustificata che in caso di emorragie secondarie, di alterazioni della coagulabilità del sangue, di assenza di rigenerazione globulare o di infezioni croniche anemizzanti; essendo altrimenti l'anemia globulare post-emorragica assai bene tollerata.

Precauzioni preliminari: *a*) esame preventivo delle persone da cui viene preso il sangue per evitare trasmissione di malaria e sifilide;

b) ricerca dell'agglutinazione per evitare la trasfusione di sangue i cui globuli possano essere agglutinati dal siero dell'anemizzato;

c) pratica dell'intervento solo quando si disponga del materiale tecnico occorrente e sia possibile una asepsi perfetta.

Tecnica: Il processo che si adatta deve permettere di misurare la quantità di sangue trasfusa. La trasfusione deve praticarsi il più presto possibile appena frenata l'emorragia. Nei casi di emorragia endotoracica o addominale o di traumi degli arti si può praticare o prima o durante l'atto operativo. Oltre la trasfusione *diretta* può praticarsi anche la *indiretta* utilizzando sangue conservato da vari giorni per mezzo dell'aggiunta di citrati o raccogliendolo in ampolle o siringhe paraffinate. Questo metodo potrà rendere grandi servigi nei posti avanzati.

II. **Il piede da trincea:** è uno stato patologico provocato dal freddo umido e complicato da infezione secondaria. La discussione portò alle seguenti conclusioni:

Il piede da trincea presenta quattro stadi (Raymond), che si succedono nel seguente ordine: 1º stadio d'anestesia dolorosa; 2º stadio di edema; 3º stadio delle flittene; 4º stadio delle escare. Si possono avere tre forme cliniche: a) *forma lieve* (85-90 % dei casi): anestesia dolorosa, edema, rossore; b) *forma di media gravità* (13-14 %) flittene ed escare limitate; c) *forma grave* (1 %): estensione dei fenomeni di sfacelo e comparsa di fenomeni setticoemici.

Complicazioni frequenti del piede da trincea specie nelle forme gravi sono il tetano e la cangrena gassosa. Esso sopravviene quasi esclusivamente in alcune trincee; è più frequente nei soldati dei paesi caldi, specie dei negri, nei giovani, negli affetti da iperidrosi: sono facili le recidive e le ricadute. La stasi sanguigna è la conseguenza di una prolungata stazione eretta, o d'una lunga immobilità in posizione difettosa; il che avviene quando il soldato resta per molto tempo accoccolato e con i piedi nell'umidità fredda, cosicchè la flessione delle gambe e la strettura delle mollettiere ostacolano la circolazione.

Il piede da trincea non va confuso con le congelazioni: queste sono caratterizzate dalla mortificazione massiccia *d'emblée* di un segmento di membro, sono causate dal freddo secco, soprattutto nelle regioni montagnose, si iniziano con una sensazione di pizzicore; quello invece è caratterizzato da una distruzione limitata, a placche progressivamente invadenti i tessuti del piede; è causato dall'umidità e non si osserva quando il terreno è gelato; si inizia con un senso non di pizzicore, ma di anestesia dolorosa.

Trattamento: è preventivo e curativo: il primo fa sparire o rende assai rara l'affezione indicata. Consiste: *a*) in provvedimenti collettivi (risanamento e prosciugamento delle trincee, rifugi asciutti e riscaldati, avvicendamento frequente delle truppe); *b*) in provvedimenti individuali quotidiani (nettezza, ingrassatura e massaggio dei piedi, cambiamento delle sottocalze nei rifugi, sorveglianza sull'uso delle mollettiere e di tutto ciò che può determinare una compressione della gamba).

Il trattamento curativo comprende: *a*) per le forme leggere, bagno tiepido del piede ogni due o tre giorni ed insaponatura con sapone boro-canforato; impacco umido giornaliero con soluzione calda boro-canforata; *b*) per le forme gravi, apertura delle flittene, medicatura con etere canforato, impacco caldo-umido boro-canforato; scarificazione delle escare e medicatura con lo stesso metodo evitando di asportarle chirurgicamente.

Attendere la delimitazione spontanea delle zone necrotiche, sorvegliare con cura il sopraggiungere di eventuali complicazioni ed in tal caso intervenire energicamente fin dall'inizio. All'infuori di questo caso gli interventi debbono per principio essere tardivi e limitarsi alla regolarizzazione dei monconi difettosi dal punto di vista funzionale:

l'amputazione deve essere solo imposta dalla gravità dei fenomeni generali. Completare sempre la cura con un trattamento antitetanico preventivo (iniezioni di siero da ripetersi ogni 8 giorni fino a cicatrizzazione completa).

III. **Trattamento delle lesioni del bacino, in particolare della vescica e del retto:** *a*) lesioni isolate del bacino: il trattamento rientra nella cura generale dei traumi: larga messa a giorno del focolaio di lesione ossea; asportazione dei proiettili e delle schegge ossee, spesso proiettate contro il muscolo psoas-iliaco;

b) lesioni della vescica: se intraperitoneali praticare la laparotomia e la sutura della lesione; se extraperitoneali praticare la sutura della vescica nei casi di lesione soprapubica; la cistotomia nei casi di ferite delle pareti laterali della vescica con ritenzione o infiltrazione perivescicale progressive; di esistenza di corpi estranei endovescicali, di ematurie gravi. Ove non ricorrano queste indicazioni limitarsi al trattamento chirurgico del foro di entrata del proiettile e del suo tragitto che di solito assicurano un drenaggio sufficiente. Ricorrere alla cistotomia ed al drenaggio nei casi di infezione secondaria. Eventuali fistole residuali guariscono di solito mettendo tardivamente una siringa a permanenza;

c) lesioni del retto: se intraperitoneali debbono trattarsi con la laparotomia e la sutura. Se extraperitonali nella maggior parte dei casi vanno messi a piatto i focolai lesi e tamponati. Nei grandi scoppiamenti con esteso scollamento, la messa allo scoperto del retto; completata, ove occorra, da una rettotomia posteriore, realizzerà il trattamento di scelta. La colostomia primitiva non ha che indicazioni eccezionali;

d) lesioni associate della vescica e del retto: la maggior parte guariscono col trattamento chirurgico del tragitto extravescicale del proiettile. La colostomia è riservata ai casi di comunicazione vescico-rettale assai vasta. La cistotomia primitiva è spesso inutile: la sonda a permanenza, il decubito ventrale, la minzione in posizione genu-pettorale favoriscono la guarigione spontanea della fistola retto-vescicale.

IV. **Trattamento delle pseudoartrosi:** salvo casi eccezionali non si deve operare che tardivamente quando la lesione cutanea è completamente cicatrizzata e clinicamente sia scomparso qualunque sintoma flogistico.

I relitti infiammatori possono essere scoperti con uno dei mezzi conosciuti (movimenti forzati attivi e passivi, massaggio forzato, bendaggi elastici, uso di vaccini autogeni o stock vaccino). Dal punto di vista terapeutico occorre distinguere le pseudoartrosi semplici, senza perdita di sostanza, nelle quali è indicata l'osteosintesi; e le pseudoartrosi con perdita di sostanza, nelle quali è necessario ricorrere agli innesti ossei od osteoperiostei.

Condizioni indispensabili per il successo sono una asepsi perfetta e l'asportazione del tessuto fibroso che avvolge i monconi, nonchè di alcune porzioni ossee malate.

Sir Aburnoth Lane alle conclusioni precedenti crede opportuno aggiungere le due seguenti considerazioni: 1° nei casi di ablazione dell'estremo inferiore del femore o superiore della tibia o di entrambe queste ossa il trattamento deve essere differente secondo la professione del ferito.

Negli operai si dovrà cercare di ottenere una anchilosi; nelle persone sedentarie sarà preferibile una pseudoartrosi, che può fissarsi con un apparecchio che possa permettere la flessione. Entrambi questi risultati sono sempre preferibili alle amputazioni della coscia e successiva applicazione di un arto artificiale; 2° nei casi di estesa perdita di sostanza dell'estremità inferiore dell'omero, essendo intatto il gomito, è spesso desiderabile ottenere una pseudoartrosi, che mentre permette la flessione tra i due monconi omerali lascia integra la rotazione che si produce nell'articolazione radio-omerale, anzichè ricercare i risultati di una resezione del gomito.

V. **Risultati delle operazioni conservatrici nelle lesioni del piede causate da proiettili di guerra.** La integrità della pianta del piede deve essere conservata il più possibile essendo fastidiose per la funzionalità le cicatrici di questa regione: si deve perciò cercare di ottener sempre questo scopo riunendo le incisioni per prima intenzione e resecando se occorra anche talune ossa. Sono da evitarsi altresì le retrazioni cicatriziali delle pelle del dorso del piede.

La resezione di uno o più dita è causa di lieve alterazione funzionale: la conservazione di un solo dito, soprattutto del 1° o del 5°, può riuscire fastidiosa.

La disarticolazione dei metatarsi con conservazione delle corrispondenti dita dà cattivi risultati; altrimenti deve dirsi invece se si pratica la resezione contemporanea del 1° o del 5° metatarso e del dito corrispondente.

La conservazione isolata dell'alluce col relativo metatarso dà cattivi risultati; come pure la resezione contemporanea del II, III e IV metatarso che dà al piede una forma assai impacciante per la deambulazione. In tesi generale l'asportazione di tre metatarsi turba assai la statica del piede.

Le operazioni che si praticano sul tarso anteriore (amputazione transmetatarsica anteriore o posteriore, disarticolazione di Lisfranc, amputazione prescafoidocuboidea) dànno in generale buoni risultati. La Lisfranc può essere semplificata lasciando in posto le basi dei metatarsi. Le amputazioni sul tarso posteriore danno disturbi funzionali non trascurabili: l'astragalectomia si complica spesso con infezioni, retrazioni tendinee ed articolari e consecutiva attitudine viziosa; l'asportazione totale del calcagno se non è seguita da rigenerazione ossea lascia gravi disturbi, e frequentissime anchilosi delle articolazioni tibio-tarsiche e medio-tarsiche; l'asportazione parziale è meno sfavorevole a condizione che il piede sia ben mantenuto ad angolo retto; l'asportazione contemporanea dell'astragalo e del calcagno è da rigettarsi.

Buoni risultati dànno le operazioni di Chopart, di Pirogoff, di Syme a condizione di evitare l'equi-

nismo con parziali resezioni orizzontali del calcagno o astragalo calcaneali.

Le operazioni atipiche conservatrici danno risultati discreti se praticate sul tarso anteriore (resezione dello scafoide, del cuboide, o di entrambe queste ossa) poichè le attitudini viziose risultanti possono correggersi in secondo tempo con tenotomie, trapianti tendinei, resezioni ossee; ma se debbano praticarsi sul tarso posteriore è preferibile ricorrere alla disarticolazione o all'operazione di Syme.

Il prof. Depage segnala che nelle suppurazioni ribelli delle articolazioni del tarso, consecutive ad astragalectomia, si può riuscire a dominare l'infezione sezionando largamente i tendini, rovesciando il piede all'infuori o all'indentro e mantenendovelo con la fasciatura fino a che si sia ottenuta una perfetta disinfezione.

Può essere rimesso in posto dopo uno spazio di tempo variabile da 8 a 15 giorni.

VI. **Conclusioni sull'osteosintesi nelle fratture di guerra (escluse le pseudoartrosi).**

a) osteosintesi primitiva: la possibilità di praticare questo intervento ad un gran numero di traumi complicati da fratture ne legittima l'adozione. Le indicazioni sono rare:

1° certe fratture articolari nelle quali sembra rappresentare il metodo di scelta per il ristabilimento dello stato anatomico e funzionale;

2° le fratture diafisarie irriducibili od incontenibili (fr. sottocondiloidea del femore, fr. dell'avambraccio, ecc.);

3° la presenza di grandi schegge molto spostate dal loro asse normale.

È operazione difficile, che può esporre a gravi risultati, che deve esser praticata da chirurgi provetti.

Gli inglesi non vi ricorrono quasi mai per i cattivi risultati che si ottengono in confronto dei perfezionati apparecchi moderni di riduzione e contenzione;

b) osteosintesi nel periodo d'infezione: è accettata da alcuni che la ritengono capace di diminuire l'infezione del focolaio di frattura e di prevenire complicazioni osteomielitiche prolungate e formazione di sequestri; è invece completamente rigettata da altri. Nell'insieme i risultati sembrano favorevoli: le indicazioni sono date dall'impossibilità di riduzione e di contenzione dei monconi di frattura.

Approvata dalla maggioranza dei chirurgi è la osteosintesi temporanea con placche metalliche serrate da viti. L. GUIDI.

Società Medica di Parma.

Seduta del 19 aprile 1918.

Leucemia e benzolo.

Prof. F. RAVENNA. — L'O. riporta le storie cliniche di tre leucemici (leucemia mielogena cronica) curati con benzolo.

Ha trovato opportuno di usare dosi non alte (80 gocce p. d.): in tal modo il risultato terapeutico è egualmente buono. Sebbene il miglioramento nella crasi sanguigna e nelle condizioni generali si faccia attendere un po' di più, non si è esposti al pericolo dell'intossicazione che non è raro usando le più alte dosi medicamentose consigliate. Con la terapia benzolica sono state superate anche recidive; lo ha somministrato senza inconvenienti durante periodi di scompenso cardiaco.

In un caso particolarmente interessante per l'associazione di leucemia mieloide ed epitelioma della lingua, del pavimento buccale ed enterite tubercolare, mediante il trattamento benzolico era stato ottenuto discreta leucopenia, ma la paziente già ridotta in gravissime condizioni venne ben presto a mancare.

L'esame istologico dei vari organi dimostrò oltre alle lesioni caratteristiche dei processi cancerigni e tubercolare, sclerosi delle ghiandole linfatiche in genere; nella milza (peso grammi 950) congestione specialmente alla polpa con fibroadenia dei follicoli più o meno accentuata, zone di metaplasia mieloide, pigmento ematico libero o inglobato in fagociti. Scarsa reazione sul midollo costale; nel femorale si osservano tra zone di atrofia, zone di reazione intensa, fatti non molto spiccati di leucolisi e di mieloadenie. Nel fegato notevole il reperto di vasi contenenti sangue molto ricco di leucociti, mentre l'esame del sangue praticato poco prima della morte aveva dimostrato l'esistenza di una leucopenia.

Su di un caso di ossificazione dei legamenti sacro-iliaci (osservazione radiologica).

ROSSI dott. A. — L'O. illustra un caso raro di ossificazione del legamento sacro-spinoso e sacro-tuberoso osservato in una recluta, dopo 10 anni da una caduta dall'alto, associato a frattura doppia verticale della metà sin. del bacino.

Mette in rilievo il valore dell'indagine radiografica per scoprire queste alterazioni e l'importanza che possono avere dal punto di vista medico-legale.

L'ipostenia del facciale destro negli epilettici.

Prof. RONCORONI. — L'O. ha osservato che spesso nei parafrenici e sopratutto negli epilettici idiopatici la funzionalità del territorio del ramo inferiore del facciale non si manifesta dai due lati con energia egualmente intensa e che la deficienza d'azione appare quasi sempre dal lato destro. Il fatto si manifesta in modo più evidente quando si inviti il soggetto ad aprir le labbra tenendo i denti stretti, nell'attitudine di chi mostri i denti; si constata allora che dal lato ipostenico la commessura labiale è meno aperta, l'angolo della bocca più abbassato, la piega naso-labiale meno evidente. Non si tratta di una vera paresi, ma di una diminuzione dell'energia funzionale. L'O. discute in seguito il valore diagnostico del sintomo e il suo significato patogenetico. R.

Pubblicheremo prossimamente:

C. MANCINI. *Medicazione col cerotto adesivo;*

S. MENGHETTI e C. AQUILANTI. *La sutura precoce negli ascessi provocati.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Tumori della vescica.

Sono generalmente primari e si verificano più frequentemente nel sesso maschile fra i 40 e 60 anni; costituiscono circa il 3 % di tutte le malattie degli organi urinari. Si trovano generalmente (J. U. Reaves, *Medical Record*, 29 dic. 1917) presso gli orifizî degli ureteri, al di sopra o lateralmente ad essi; quelli maligni più spesso verso il collo od al trigono. Secondo Watson la maggior parte si trova nel terzo inferiore della vescica e può quindi venire riconosciuta col cisto-uretroscopio.

Dal punto di vista anatomo-patologico, possono dividersi come segue:

1° *Epiteliali*: *a*) Benigni (papillomi, tumori villosi, adenoma, colesteatoma); *b*) Maligni, che possono essere papillomatosi (villosi o nodulari) o infiltranti (epitelioma, adenocarcinoma, carcinoma alveolare).

2° *Connettivali*: *a*) Semplici (fibroma, mioma, angioma); *b*) maligni (sarcoma a cellule fusate, o rotonde, o melanotico, rabdomioma, condrosarcoma).

3° *Cisti dermoidi*.

Nella maggior parte dei casi il primo sintoma è costituito dall'ematuria, che può presentarsi o con presenza di sangue nell'urina, o come ematuria terminale, alla fine cioè della minzione. Questa ematuria, non accompagnata da altri sintomi, può essere intermittente o costante; può durare per giorni, settimane e mesi, e poi ad un tratto cessare senza che per questo si debba ritenere che la causa del male sia scomparsa. È indispensabile una accurata cistoscopia, poichè una diagnosi precoce ha lo stesso significato che nel cancro dell'utero, di poter cioè intervenire a tempo.

La cistoscopia può anzitutto determinare se l'emorragia proviene dalla vescica stessa, dal di sopra (reni, ureteri) o dal disotto (prostata, vescicole seminali, uretra). Certamente non si deve mai fare affidamento, per la diagnosi, della sola palpazione o tanto meno attribuire l'ematuria senza altri sintomi al collo vescicale irritabile.

I tumori vescicali possono rimanere localizzati per un certo tempo e poi diffondersi, diventando intravescicali, perivescicali, ghiandolari, metastatici.

Il trattamento può essere operativo o non operativo; quest'ultimo consiste nella cauterizzazione con correnti ad alta frequenza (folgorazione). L'A. usa a tale scopo la corrente bipolare di D'Arsonval ed un elettrode isolato a punta di baionetta.

I metodi operativi sono quasi sempre seguiti da ricadute, e non sono pratici, a meno che non si estirpi una gran parte del tessuto apparentemente sano. In qualche caso è stata fatta l'estirpazione della vescica con il trapianto degli ureteri: essa è seguita generalmente da infezione ascendente degli ureteri e dei reni, e da morte. L'operazione è solo indicata quando si tratta di carcinoma papillare, in cui la folgorazione appare inutile.

ini.

Cisti dell'uraco.

J. W. Means (*Ann. of Surgery*) riferisce un caso di grande cisti dell'uraco.

Si tratta di un paziente di 32 anni, che da alcuni mesi soffriva di un dolore localizzato sulla linea mediana delle pareti addominali 5-6 cm. sotto l'ombellico; dopo qualche tempo egli notò che alla sede del dolore corrispondeva una tumefazione, che andò gradualmente aumentando di volume. Il dolore continuo assumeva talora il tipo di colica.

All'esame obiettivo l'A. potè constatare una tumefazione ovoidale, sottombellicale, lunga circa 12 cm., mobile trasversalmente, ma non in senso longitudinale. La tumefazione, che pareva far corpo con la parete, sembrava fluttuare alla palpazione. Fu fatta diagnosi di cisti dell'uraco.

Il tumore cistico, ricoperto di peritoneo, ed avente una larga base d'impianto alla parete addominale, si estendeva dall'ombellico alla vescica: l'uraco si continuava direttamente con le pareti cistiche. Le due estremità della cisti furono legate, e la cisti stessa rimossa. Guarigione.

Le pareti cistiche erano molto sottili e costituite da connettivo e da vasi: il liquido endocistico, nella quantità di circa 200 cmc., era di color paglierino, di reazione alcalina; conteneva albumina.

L'A. crede che in questo caso si trattasse di una vera cisti dell'uraco, per la posizione, e per i rapporti che la cisti aveva con i resti dell'uraco stesso.

Egli afferma che l'estirpazione è consigliabile nelle cisti non troppo voluminose, purchè il contenuto non sia già infetto. Nella statistica di Weiser, che comprende 86 casi, fra i personali e quelli raccolti nella letteratura, la rimozione della cisti fu praticata solo otto volte.

L'A., da un punto di vista clinico, raggruppa le cisti dell'uraco in tre categorie: *a*) cisti di grandi dimensioni, che occupano gran parte della cavità addominale; *b*) cisti infettate; *c*) cisti a svuotamento intermittente, dovuto a comunicazione con la vescica o al formarsi di una fistola ombellicale.

A. Chiasserini.

TERAPIA.

L'incorniciamento delle piaghe con cerotto jodato.

Il prof. D. Taddei (*Riforma medica*, 30 mar. 1918) ha escogitato un metodo per accelerare l'epitelializzazione delle piaghe e lo ha sperimentato con successo su migliaia di casi.

Si dispone una striscia di comune cerotto adesivo al caucciù, su di una compressa sterile col lato adesivo rivolto in basso. La superficie della tela del cerotto stesso rivolta in alto viene toccata con un batuffolo di cotone imbevuto con tintura di jodio al 10 %. Si lascia asciugare ed allora sia la tela che il cerotto stesso assumono una colorazione brunastra.

Si tagliano allora delle striscioline di circa 1/2 cm. di larghezza, e di 3-5-8 cm. di lunghezza: tali striscioline vengono disposte (prendendole ad una estremità con la pinzetta) sui margini della piaga, in modo da formare un poligono che l'incornicia. Esse vengono leggermente compresse e rese aderenti con lo strisciamento del margine della pinzetta o delle forbici, o mediante un batuffolo di garza. Le estremità delle singole striscie sono sovrapposte in corrispondenza degli angoli del poligono.

Le strisce debbono disporsi in modo che per circa un millimetro coprano il margine epiteliale cutaneo della piaga e per gli altri 3-4 mm. il margine periferico del tessuto di granulazione.

La pratica va completata con l'applicazione di una medicatura che impedisca gli spostamenti delle strisce. A tale scopo l'A. consiglia di tagliare una compressa di 20-30 strati di garza sterile, in forma di rettangolo, quadrato o triangolo, secondo il formato della piaga, e di applicarla su questa, fissandone poi i margini alla cute (rasata e sgrassata) mediante strisce di cerotto non iodato; nelle piaghe molto lunghe si può applicare una striscia trasversale.

Con tale incorniciamento, si impedisce che, rinnovando la medicazione ogni 3-4 giorni, l'alone epiteliale neoformato venga comunque leso. La secrezione delle granulazioni viene assorbita dalla garza e ne viene così impedito il ristagno.

I risultati sono, secondo quanto riferisce l'A., ottimi. Si vedono in pochi giorni ricoprirsi di epitelio piaghe anche estese, che impiegherebbero col trattamento asettico almeno un tempo doppio. Ad ogni medicazione è necessario ridurre progressivamente il perimetro del poligono formato dalle striscie di cerotto jodato. Quando la superficie granuleggiante è ridotta ad una striscia di pochi millimetri di lunghezza, si può coprirla senz'altro con un pezzetto di cerotto jodato di forma corrispondente, che copra il margine epiteliale per circa un millimetro. I risultati sono tali che in piaghe notevolmente estese, in cui sarebbe indicato il trattamento con innesti dermo-epidermici o con plastiche, si ottiene una guarigione talora più rapida.

Occorrono per tale trattamento piaghe con fondo costituito da tessuto di granulazioni di buon aspetto (senza isole di tessuto grigio aderente), arrivato già a livello della superficie cutanea. Il processo suppurativo deve essere notevolmente ridotto, la secrezione scarsa. E' opportuno controllare lo stato della ferita con preparati fatti per strisciamento di un'ansa del materiale: vi devono essere al più 5-10 germi per campo.

Il metodo non si presta per le ferite recenti, anche se asettiche, nelle superfici ulcerose, in quelle soluzioni di continuo suppuranti corrispondenti a focolai osteomielitici, a presenza di corpi estranei ecc.

Se i margini della piaga sono erosi od eczematosi, è utile fare attorno alla cornice di cerotto jodato una pennellatura di vaselina all'ossido di zinco (20 %) mantenuta liquida a caldo. *ini.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La funzione delle tonsille.

Si è asserito che le tonsille elaborano una secrezione interna analoga a quella delle ghiandole soprarenali; l'asportazione di esse, però, non è affatto associata con sintomi attribuibili a deficienza di secrezione interna. Inoltre la prolungata alimentazione con tonsille di animali non ha provocato alcun mutamento in questi.

Le tonsille sono state altresì considerate come un organo di protezione contro l'invasione batterica: ciò è probabilmente giusto, ma rimane però il fatto che spesso esse non limitano affatto l'infezione ai loro tessuti o non prevengono l'infezione generale.

Secondo Henke (rif. in *Edinburgh medical Journal*, febbr. 1918) si è esagerato molto, nel-

l'asserire che le tonsille costituiscono la porta d'entrata per molte malattie. Egli non crede che esse assorbano dalla loro superficie epiteliale, e ritiene che la corrente linfatica sia in direzione opposta. La tonsillite sarebbe invece dovuta ad una infezione, che raggiunge tali organi dalla parte più bassa della cavità nasale; la comunicazione fra il naso e le tonsille viene dimostrata con l'iniezione di particelle solide in sospensione.

In tali circostanze la funzione tonsillare è paragonabile a quella delle ordinarie ghiandole linfatiche: quando poi il filtro tonsillare si intasa, costituisce una sorgente di pericolo per tutto l'organismo.

Si è detto altresì che le tonsille agiscono come un elemento eliminatore dei germi patogeni durante le infezioni. L'opinione più accettata però è che esse costituiscono dei laboratori vaccinici naturali; le cripte possono essere considerate come dei tubi di coltura in cui crescono i micro-organismi, ed in cui si producono le tossine, che vengono poi assorbite in dose sufficiente da produrre i necessari anticorpi. Ad ogni modo, però, si deve ammettere che la struttura istologica delle tonsille è identica con quella degli altri noduli linfatici e che la funzione deve pure essere analoga.

FIL.

VARIA.

Gli effetti fisiologici delle emozioni.

A. F. Hurst (*British Medical Journal*, 29 settembre 1917) ha constatato che le emozioni inducono uno stato di iperadrenalismo e di ipertiroidismo ed un'esagerazione dei riflessi di difesa.

L'emozione determina negli individui che si trovano in pericolo un'eccitazione del simpatico, la quale provoca una esagerazione della secrezione delle glandule surrenali. L'adrenalina a sua volta rinforza l'azione del simpatico, per modo che l'individuo si trova messo in condizioni di reagire con atti violenti alle emozioni della paura e della collera. L'adrenalina provoca per vaso-costrizione uno svuotamento dei vasi dei visceri addominali, il cui sangue si riversa ai pulmoni ed al cervello, i cui vasi mancano di fibre costrittrici, ai muscoli ed al cuore, perchè, come è noto, il simpatico dilata invece di costringere i vasi coronarî. Si ha così che il cuore batte più forte ed i muscoli ricevono una maggiore quantità di sangue e di glicogeno, la cui secrezione è attivata dalla eccitazione del simpatico. L'azione dell'adrenalina è vivace ma di breve durata perchè essa si ossida rapidamente. Se lo sforzo però deve essere ancora prolungato interviene la secrezione tiroidea. Gli effetti fisiologici della collera e dell'eccitazione durante la battaglia consentono al soldato di compiere atti di forza e di resistenza superiori a quelli di cui egli sarebbe capace a giudicare dal suo aspetto esterno. L'emozione della collera è così legata agli atti istintivi del combattimento e l'emozione della paura all'atto istintivo della fuga, che anche quando questi atti sono impossibili la secrezione surrenale e tiroidea, intermediaria tra l'emozione e l'azione, si attiva lo stesso. Gli individui costituzionalmente paurosi sempre in preda all'emozione secregano tanta adrenalina da rimanere immobilizzati. E quando sono allontanati dalle formazioni avanzate questa secrezione si rallenta ed i disturbi, che ne sono una conseguenza, scompaiono. Ma può verificarsi che l'onirismo perpetui lo stato emotivo e quindi la ipersecrezione. Si determina allora il quadro del morbo di Basedow. Si ha la sintomatologia dell'ipertiroidismo malgrado la persistenza dell'esagerazione surrènale. Tuttavia il tegumento cutaneo reagisce con un rapido riflesso pilo-motore ai minimi toccamenti e conserva lungamente l'impronta bianca della pressione digitale.

Il «riflesso di rinculo» alla vista di un pericolo che si approssima, si produce prendendo una posizione rannicchiata: l'individuo mette la mano dinanzi alla propria faccia per difendersi, ammicca gli occhi. Questo riflesso ha per scopo di sottrarre l'individuo al pericolo nascondendolo. Il «riflesso di soprassalto» è un movimento improvviso degli arti e del corpo accompagnato da ammiccamento e dilatazione delle pupille: è una risposta ai rumori violenti ed inattesi. Questo riflesso è la preparazione all'attività che si produrrebbe se l'individuo si abbandonasse all'istinto: è il primo tempo della fuga. I due riflessi suddetti sono riflessi di difesa ed hanno il loro centro nel cervello medio.

Nei casi gravi di nevrosi caratterizzati dalla esagerazione di tali riflessi l'individuo appare in preda ad un estremo terrore: ha violenti soprassalti, tremori diffusi al minimo rumore; si caccia sotto le coperte se qualcuno si avvicina al suo letto. Se talvolta si riesce a far scomparire il sentimento di terrore, l'atteggiamento ne rimane immutato. Il soggetto non pensa più, non sogna più gli orrorî della guerra, ma tuttavia sembra sempre saturo di tali pensieri. Le emozioni subite hanno esagerata l'eccitabilità del suo sistema nervoso fino al punto che la eccessività dei riflessi di difesa

perdura anche quando ne sono scomparse le cause.

La base del trattamento di queste forme neurotiche è il riposo a letto, l'isolamento e la ipnosi. DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(946) *Trattamento delle varici dell'arto inferiore.* — All'abb. n. 7364:

Per le varici degli arti inferiori vi sono moltissimi metodi e processi operativi, che hanno indicazioni diverse.

Uno dei migliori è quello di Schiassi, che consiste nella recisione della safena e legatura del capo centrale, colla immissione nel capo periferico di soluzione iodo-iodurata.

La descrizione particolareggiata si trova nella memoria dell'autore; sommariamente il processo è descritto nel *Trattato di medicina operatoria* di Durante e Leotta.

Buona è pure la estirpazione delle vene varicose, specie col processo di Madelung; vedere nello stesso Trattato. R. A.

(947) *Iniezioni di jodio.* — Al dott. T. D. S. da M.:

Vanno fatte con dosi giornaliere non superiori ai due centigrammi: dosi maggiori non vengono ben tollerate e non sono utili. FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. J. CHALIER. *La gangrène gazeuse.* Un vol. in-8° di 388 pagine con 52 figure. — F. Alcan, ed., Parigi. Prezzo L. 8.

La gangrena gazosa, che sembrava ormai relegata alla storia della medicina, è invece divampata terribilmente nella guerra attuale, facendo sul principio molte vittime. Fortunatamente gli studi perseveranti e l'osservazione clinica hanno guidato i chirurghi verso una più profonda conoscenza di questa malattia, che ora si può prevenire e combattere.

In questo libro, denso di fatti, gli AA. stabiliscono chiaramente quali sono le forme a cui va dato il nome di gangrena gazosa. Ne fissano l'eziologia, descrivendone le forme cliniche che riconducono alle seguenti: circoscritta, diffusa e massiva. Insistono sul valore di ogni sintoma, che assume sempre grande importanza per la diagnosi precoce.

Nello studio sulla terapia gli AA. mettono in rilievo i diversi metodi (conservativo o radicale) che hanno usato nei numerosi casi presentatisi alla loro osservazione. *ini.*

MAURICE CAZIN. *La cure solaire des blessures de guerre.* Un vol. in-16° di 86 pag. con diverse riproduzioni fotografiche. A. Maloine et Fils, éd., Parigi.

Il concetto di elioterapia non va limitato alla insolazione localizzata, ma deve estendersi ad un vero bagno di luce, di aria e di calore a cui viene sottoposto l'intiero organismo. Sotto la sua influenza si notano, oltre agli effetti locali, degli effetti generali, con aumento di peso, del numero delle emazie, del tasso emoglobinico, ecc.

Di questo metodo di cura, l'A. dopo un cenno storico, descrive la tecnica, fornendo le indicazioni per il trattamento delle ferite di guerra: trattamento di semplice applicazione e fecondo di risultati. INDEX.

RIVENDICAZIONI.

Sulla terapia della malaria.

Egregio Sig. Direttore,

A proposito dell'articolo pubblicato nell'ultimo numero del *Policlinico* dal prof. Pontano circa la chinino-resistenza dei parassiti malarici, mi permetto osservare che alle sue conclusioni io era arrivato già venti anni fa, quando mi trovavo ad esercitare la professione in zona malarica nel Basso Polesine.

Sulla *Rivista Medica* di Milano (anno VI, n. 6) in un mio articolo contro la frenesia d'allora per la fenocolla, io scrivevo: « Che in certi casi il chinino non risponda, io non nego: ma in questi casi non si parli di inefficacia sua, ma di insufficienza dell'organismo ad appropriarselo amministrato in quella data maniera.

« A me è accaduto di avere per parecchio tempo curato col chinino prescritto in polverine un fanciullo quattordicenne, e, malgrado la somministrazione continuata del rimedio, la febbre ogni giorno si presentava coi suoi sintomi caratteristici. Prescrissi il chinino in soluzione e la febbre sparì per incanto. Ricordo ancora il caso di un altro bambino cui la febbre persistette, quantunque gli avessi apprestato il chinino in soluzione ed in polverine, e fu domata completamente con qualche iniezione ipodermica del rimedio. Perchè appunto questo succede alle volte, che per condizioni speciali della mucosa gastrica il chinino facilmente passa *in toto* negli intestini: venendo allora in contatto della bile, si decompone in solfato di soda e glicolato di chinino e non si ottiene quindi effetto alcuno. Io non lo giuro, ma molto probabilmente là ove fallì il chinino, fallì appunto per queste ragioni ».

Senza con questo togliere nulla ai meriti ed alle ricerche del prof. Pontano, mi creda, signor Direttore,

Dev.mo

Crevalcore. Dott. GIUSEPPE GOVONI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici francesi e medici italiani.

Nella *Presse Médicale* si pubblica periodicamente una rubrica che io, da quando è scoppiato il conflitto mondiale, seguo con la più viva attenzione, *les médecins aux armées.* Vi sono elencate le benemerenze di guerra dei nostri colleghi francesi: ora, la lettura di quelle fitte colonne di «citations à l'ordre du jour» dei medici di Francia ci esalta nel nostro orgoglio di uomini, ci dà un puro senso di ammirazione per così alta e costante prova di patriottismo, ci fa meditare sul valore della forza morale di questo magnifico popolo.

«S'est constamment imposé à l'admiration des combattants par un dévouement inlassable et un courage à toute éprouve...». «Bien que très malade, a continué jusqu'à l'estrême limite de ses forces à assurer son service dans une région soumise à un bombardement incessant...». «Sur le front depuis le début de la campagne, a montré en toutes circostances une conscience professionnelle, un courage et un dévouement sans bornes....». «S'est dépensé sans compter, depuis le début de la campagne, allant rechercher et soigner les blessés sous les bombardements les plus violents. Blessé au cours d'une de ses visites aux tranchées, a refusé de se laisser évacuer, continuant à assurer son service avec le même mépris absolu du danger...».

Sono centinaia di medici, a noi ignorati, ma che dobbiamo amare per la fiducia e il conforto che ci infondono. È in essi tutta la superiorità vittoriosa della forza morale della nazione francese. Quando, nel terribile agosto 1914, i soldati di Joffre indietreggiavano, la Francia non ebbe la coscienza di esser vinta. Appunto per ciò potè prendersi la sua rivincita...

Mai dunque, in questi anni di passione, si insisterà abbastanza sulla necessità assoluta di aver fede, come dimostrano di averla, fattiva ed eroica, tanti colleghi di Francia. Aver fede equivale a scuotere gli indifferenti e gli apati; a indurre in tutti la persuasione della necessità utile e feconda che lo sforzo dei singoli si rinsaldi in un ferreo legame cooperante fra tutte le manifestazioni del travaglio nazionale: a dare un ritmo regolare e costante all'attività di ognuno.

In una guerra come questa, che getta nell'immane crogiuolo, per fonderli insieme, tutti gli elementi di una nazione, che ha bisogno di quanto in essa è valido e robusto nel braccio e nell'intelletto — dall'operaio al medico, dal meccanico all'ingegnere — sola può dar la vittoria la volontà universale di vincere.

Ora i medici italiani, come quelli di Francia, molto hanno dato alla patria: la vita, quella dei propri figli, il patrimonio della loro attività professionale. E sia gloria e riconoscenza ad essi! Il nostro «Albo d'oro» è denso di eroismi. Ma c'è ancora chi non ha inteso il grande dramma.

In una lotta che decide del nostro avvenire di popolo libero, non vi debbono essere assenti nè inutili. Temistocle otteneva da Atene una legge che colpiva «quel cittadino che volontariamente si privasse dal partecipare alla vita politica della città»; ed egual sentimento animava il Cavour quando osservava, di un deputato sfuggente il voto, in una importante questione, che colui avrebbe fatto anche meglio se si fosse astenuto... dall'esser vivo.

A nessuno è lecito il non far nulla per la patria ed è vituperoso oggi continuare a condurre la vita che si teneva prima, non dando alla nazione, in queste ore supreme, alcun contributo di pensiero o di azione. Bisogna che tutti, nessuno escluso, pensino a questa «realtà» che è la guerra; occorre che al tributo di sangue e di opere imposto da essa presieda un rigoroso criterio di equità e di eguaglianza. Occorre essere intimamente convinti che nella vita delle nazioni, come in quella degli individui v'è una forza più grande e un ideale più alto, che non sia quello puramente materiale di una felicità casalinga e immediata.

Bisogna pensare, e non dimenticarlo mai, che tutto è minacciato, e contro l'immenso pericolo non v'ha difesa che si possa trascurare, non indisciplina che non possa ritardare la vittoria. Ogni viltà, ogni tradimento, per lieve che appaia nei risultati, è come spingere la patria, carne viva, vitalità di martirio, sotto i colpi del nemico. Quando ce ne saremo bene edotti, allora ogni segno d'indulgenza ci apparirà orribile come un gesto d'incuria tra le fiamme dell'incendio che avvolgono quanto abbiamo di più caro al mondo, nel nostro cuore e nella nostra esistenza sociale.

Reclamiamo parità dinanzi al dolore, e null'altro!

G. BILANCIONI.

Cronaca del movimento professionale.

I medici di battaglione di fanteria non sono arma combattente!!

La esclusione dei medici dall'ottenere la polizza di assicurazione sulla vita ha giustamente sollevata una sincera protesta tra la nostra categoria di aspiranti medici.

Se il decreto fu fatto anche per completare gli studi, chi più di noi sente imperioso il desiderio non di terminare, ma di ricominciare la propria istruzione? Noi, che fummo chiamati alle Università castrensi non per crearci una buona istruzione ma solo per poter riempire gli organici difettosi del servizio sanitario di prima linea, del resto troppo pericoloso! Infatti, da due anni non siamo che miseri aspiranti con nessuna seria cultura, giacchè di quelle poche lezioni appiccicate a forza non rimane neppure il ricordo. Come fare della clinica se molti di noi non hanno neppure dato gli esami di anatomia e fisiologia!!

Dopo questo, nessuna gratitudine, nessun ricono-

scimento di diritti. Bisogna ignorare completamente il servizio sanitario reggimentale per non dichiarare noi appartenenti alle armi combattenti.

Noi aspiranti di battaglioni che seguiamo le sorti di esso e viviamo la stessa vita degli ufficiali di fanteria; facciamo la visita in trincea, e molte volte il posto di medicazione lo abbiamo oltre lo stesso comando di battaglione. Accorriamo ovunque il bisogno lo richieda perchè la coscienza ce lo impone e trascuriamo ogni timore per la propria vita, quando è dovere sollevare il ferito.

È fuori di luogo affermare che tutt'al più stiamo in seconda linea, quando possiamo, come alcuni compagni nostri, morire di pallottola di fucile, quando in periodo di avanzata dobbiamo seguire il battaglione se si è troppo allontanato, e uscire pur noi dalla trincea.

Domandate agli ufficiali medici dei battaglioni di arditi se stanno in seconda linea!!

Da quelle parole sentiamo il nostro amor proprio leso. Se non conoscete i servizi, interrogate gli ufficiali di fanteria, che fanno la guerra dove sta il loro dottore! Se considerate arma combattente l'artiglieria, sappiate che noi di battaglione di fanteria siamo considerati avvicendati se possiamo andare in reparto di artiglieria.

Cessiamo dal perseverare in una via che crea di queste indignazioni e sarà cosa migliore. Noi facciamo il nostro dovere solo per la nostra Patria.

Se alcuno si interesserà della cosa farà opera giusta; del resto domani, a guerra finita, noi che il nostro dovere sentiamo di averlo fatto, sentiremo anche il dovere di crearci dei diritti.

Molti aspiranti medici di fanteria.

Ci riserviamo di tornare sul grave problema, che involge tutta la posizione degli ufficiali medici nell'Esercito.

A proposito delle « ricompense al merito » della C. R. I.

Nel fasc. 17 del *Policlinico*, il capitano medico Buttazzoni ha fatto rilevare come la C. R. I. abbia istituito (Giornale Ufficiale della C. R. I., fasc. 15, pag. 877, 1917) delle ricompense al merito per il personale dell'associazione, però quasi esclusivamente a beneficio di ufficiali che hanno prestato servizio in zona territoriale.

È stato pubblicato in questi giorni (2 giugno) un fascicolo del Gior. Uff. della C. R. dedicato esclusivamente al « bollettino speciale delle ricompense al merito » conferite nella ricorrenza dello Statuto. L'elenco delle ricompense è ricchissimo di « benemeriti » (ufficiali, infermiere, militi) e in verità — a giudicare dai nomi a me noti — non si tratta affatto *esclusivamente* di persone che abbiano prestato servizio soltanto in zona territoriale: basterebbe citare i professori Nigrisoli, Tusini e Rossi che dall'inizio della campagna sono a capo di unità sanitarie avanzatissime: perciò l'appunto fatto dal capitano Buttazzoni non è in realtà giustificato.

A me sembra invece da rilevare che pochissimi sono gli ufficiali ritenuti « benemeriti » fra quelli appartenenti alla C. R. e ceduti alla Sanità militare.

Ora fra questi ufficiali — e non sono pochi — quanti non hanno prestato e prestano tuttora lodevolissimo servizio in zona di operazioni tanto da aver meritato ricompense al valore militare?

La C. R. I. ha pensato dal canto suo a testimoniare a *tutti* questi ufficiali la sua riconoscenza per il prestigio mantenuto da essi come rappresentanti dell'associazione presso l'autorità militare?

Ed ha ricordato la C. R. I. che molti fra i suoi ufficiali ceduti alla Sanità militare sono rimasti sul campo dell'onore? Non sono questi — almeno — i primi ed i più grandi « benemeriti »?

G. APERLO, capitano medico.

Per i medici anziani che prestano servizio militare.

Riceviamo:

« Egregio collega,

Deve essere cosa noiosa, ma anche divertente, leggere i *desiderata* dei colleghi militarizzati.

Anch'io, che sono contrario a promozioni, a onorificenze *et similia*, perchè penso che uno solo deve essere il nostro intento, quello di essere utili alla Patria, anch'io, ripeto, sento un desiderio che vorrei sottoporre al giudizio di quel valente collega che si occupa del « Servizio militare » e che firma M. G.

Vi sono pochi medici volontari che sono vicini ai 70 anni con 42 e più anni di laurea.

Non pare giusto assegnar loro un distintivo, che serva di esempio e di monito agli infingardi e, diciamolo pure, di soddisfazione, di compenso morale a quella accolta, che io direi della *Vecchia Guardia?*

È una proposta che non può disturbare nè il Ministero delle Finanze, nè quello del Tesoro!!!

Cicero pro domo sua? Certamente. Ho 67 anni con 42 di laurea; ancor agile di corpo, presto servizio dal 1915, prima alla Croce Rossa come aggregato, poi nella Sanità come assimilato e, da un anno a oggi, come capitano di complemento.

Sono spregiudicato in proposito, ma confesso che nel presentarmi framezzo a soldati di tutti i gradi, sento che riuscirei più autorevole o mi troverei meno a disagio, se un segno qualsiasi servisse ad attenuare la stonatura fra l'età e il grado... raggiunto. Dott. I. G., abb. n. 442.

Ci associamo *toto corde* alla giustissima proposta del valente collega.

Il rappresentante dei medici nel Consiglio Superiore di Sanità.

Presso la Direzione generale della Sanità si è riunito, in seduta pubblica, l'Ufficio delegato alle operazioni di scrutinio per la elezione di ballottaggio per la nomina del rappresentante degli Ordini dei medici-chirurgi nel Consiglio Superiore di Sanità. L'Ufficio era composto del sen. avv. Calcedonio Inghilleri, presidente; del tenente generale Sforza, ispettore capo di Sanità militare, e dell'avv. Vincenzo Crisafulli, avvocato generale, pel procuratore generale del Re presso la Corte di appello di Roma. Funzionava da segretario il dott. Alberto Massone.

I votanti furono **69**.

L'esito fu il seguente: prof. Simonetta Luigi, voti 35; prof. Luigi Silvagni, voti 33; schede bianche: una. Fu dichiarato eletto il prof. Luigi Simonetta.

All'insigne prof. Simonetta, un benemerito della famiglia medica italiana, facciamo i nostri rallegramenti cordialissimi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Prestiti e sovvenzioni agli Ospedali ed altre istituzioni di beneficenza.

Il num. 600 della Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti del Regno, contiene il seguente decreto per le sovvenzioni agli Istituti di beneficenza a scopo di ricovero e cura degli infermi.

Art. 1. — La Cassa Depositi e Prestiti è autorizzata a concedere sino a sei mesi dopo la pubblicazione della pace, ai Comuni del Regno nella cui circoscrizione esistano istituzione pubbliche di beneficenza aventi per iscopo il ricovero e la cura degli infermi, prestiti ammortizzabili in non più di 25 anni, per porre in grado i Comuni stessi di fare sovvenzioni ai detti Istituti che non abbiano i mezzi sufficienti per la esplicazione delle loro finalità o per la estinzione delle passività precedentemente contratte.

Lo Stato concorrerà nel pagamento degli interessi nella misura del 2 per cento del capitale vigente a mutuo al principio di ciascun anno.

Le domande dovranno essere deliberate dal Consiglio comunale in unica lettura, col voto favorevole della maggioranza dei consiglieri in carica, con espressa autorizzazione al sindaco a rilasciare le occorrenti delegazioni a garanzia del prestito. Se il Consiglio comunale sia sciolto o non possa funzionare, i mutui saranno deliberati da Commissari regi o prefettizi.

Il Prefetto trasmetterà tali domande col suo parere al Ministero dell'Interno, che con apposito decreto promuoverà di volta in volta la concessione dei mutui da parte della Cassa depositi e prestiti senza che occorra deliberazione di accettazione da parte dell'Amministrazione comunale.

Per tali mutui è derogato al disposto dell'art. 191 del testo unico 4 febbraio 1915, n. 148.

Art. 2. — La Cassa depositi e prestiti, le Casse di risparmio ordinarie e altri Istituti sono autorizzati a fare direttamente mutui alle dette istituzioni pubbliche di beneficenza alle condizioni indicate nel precedente articolo, previa garanzia da concedere mediante deposito o annotazione sui titoli del Debito Pubblico, appartenenti agli enti interessati.

Anche per tali mutui lo Stato concorrerà al pagamento degli interessi, nella misura del due per cento.

Art. 3. — I mutui indicati nei due articoli precedenti saranno rimborsati dagli Istituti mutuatarii nei modi da convenirsi da essi rispettivamente coi Comuni, con la Cassa depositi e prestiti e con le Casse di risparmio e con altri Istituti, non oltre però il termine di estinzione di 25 anni.

Art. 4. — La quota di concorso dello Stato nel pagamento degli interessi sui mutui indicati negli articoli precedenti sarà corrisposta direttamente alla Cassa depositi e prestiti, alle Casse di risparmio e ad altri Istituti mutuanti non oltre il 25 dicembre di ciascun anno.

Per la detta quota di concorso sarà stanziata nel bilancio passivo del Ministero dell'Interno per 25 esercizi finanziari, a cominciare dal 1918-919, una somma che non potrà eccedere in ciascun esercizio le lire 250 mila.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7317) *Pensioni - Servizio interinale.* — Dott. U. F. da M. — L'art. 30 della legge sulla Cassa di previdenza dispone che il servizio interinale eventualmente prestato dal medico condotto è valutato come utile ai soli effetti del raggiungimento del diritto a pensione. Di esso, quindi, non si tiene alcun calcolo nella liquidazione effettiva della pensione stessa.

(7318). *Nomina ad ufficiale sanitario - Ricorso.* — Dott. G. L. da C. — Il Decreto con cui il Prefetto procede alla nomina, sia pur provvisoria, dell'ufficiale sanitario, è provvedimento definitivo non suscettibile di ricorso in linea gerarchica in merito. Esso può essere impugnato per sole ragioni di legittimità, e, cioè, per violazione di legge, incompetenza od eccesso di potere in linea contenziosa innanzi alla 4ª Sezione del Consiglio di Stato od in linea amministrativa con ricorso straordinario a S. M. il Re, che decide previo parere del Consiglio di Stato a Sezioni unite.

(7320) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. R. da C. — L'aumento dello stipendio si riferisce alla somma che il sanitario percepisce come medico condotto e non a quella che gli compete per l'incarico di ufficiale sanitario, che contemporaneamente egli esercita. Per il servizio che il medico condotto presta al carcere mandamentale si riceve indennità o compenso speciale ma non stipendio e perciò su di essa non si ha diritto ad aumento. Se Ella è titolare della condotta, lasciando il servizio civile per intraprendere quello militare, ha diritto a due mesi interi di stipendio. In caso di rifiuto o di oscitanza da parte del Comune può Ella ricorrere alla G. P. A. per la emissione del mandato di ufficio. Si ha diritto, in caso di richiamo sotto le armi, al grado di capitano sempre che si possa dimostrare di avere 15 anni di laurea.

(7321) *Aumento di stipendio - Interino.* — Dott. P. G. da M. — Ella non ha alcun obbligo, rientrato in residenza, di corrispondere al collega che lo ha sostituito durante l'assenza l'aumento di stipendio che Le è dovuto dal febbraio ad oggi, giacchè avendo il detto interino prestato servizio in una condotta in cui il titolare non mancava, ma era altrove impiegato, non poteva pretendere ed ottenere per proprio conto qualsiasi aumento di retribuzione.

(7322) *Certificati sanitarii - Compensi.* — Dott. abbonato 1825. — I certificati di vaccinazione sono

rilasciati dal Sindaco e non dall'ufficiale sanitario o dal medico condotto. Per gli altri certificati crediamo viga la regola generale che si rilasciano gratuitamente quelli richiesti nello interesse generale a qualsiasi classe di persone e che sono a pagamento quelli richiesti nello interesse personale di chi non sia compreso nello elenco dei poveri.

(7323) *Aumento di stipendio - Caro-viveri.* — Dott. S. R. da C. — Tutte le varie indennità che, per diverso titolo, percepisce, formano tutt'uno con lo stipendio, che è complessivamente di lire 4860. Non ha, pertanto, diritto alla indennità caro-viveri, che viene concessa solo a coloro che fruiscono di uno stipendio inferiore od uguale a lire 4500. Se il Consiglio Comunale lo accorderà nella stessa misura stabilita dal D. L. del 10 febbraio ultimo per gli impiegati civili dello Stato, sullo stipendio di lire 4800 riceverà l'aumento di lire 1020 e, cioè, in ragione del 30 % sulle prime duemila lire e del 15 % sulle rimanenti.

(7324) *Trattamento economico degli impiegati comunali che sono destinati a prestar servizio nel luogo di loro residenza.* — Dott. Assalonne. — Pur tenendo in conto le giuste osservazioni da Lei fatte nel quesito, non possiamo a meno di far riflettere che nella locuzione generica di *impiegati comunali* sono compresi i medici condotti, che sono, al pari degli altri, impiegati municipali, e che *ubi lex non distinguit neque nos distinguere debemus,* per cui il Consiglio di Stato, se avesse voluto escludere gli impiegati tecnici municipali, lo avrebbe chiaramente detto.

(7325) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. M. da B. — Che al medico condotto chiamato sotto le armi competano dal Comune due mesi di stipendio oltre quello cui ha diritto per il grado militare, di cui è rivestito, si deduce dal capoverso ultimo del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, in cui è detto: Rimane salva l'applicazione del penultimo comma dello articolo 20 del Testo unico 22 novembre 1908, n. 693.

(7326) *Dimissioni da medico-condotto - Revoca.* — Dott. G. D. S. da O. C. — Per non danneggiare la sua posizione e perdere eventualmente i diritti quesiti, il Consiglio Comunale, nell'affidarle il nuovo incarico limitatamente ai soli poveri con conseguente riduzione della condotta, dovrebbe innanzi tutto, nello stesso deliberato, revocare la precedente deliberazione con cui si accettavano le presentate dimissioni. Se poi non fu mai accettata formalmente la dimissione, nulla occorre, giacchè Ella, in tale caso, non avrebbe mai perduta nè lasciata la carica di medico-condotto per molti anni gestita.

(7327) *Prigionieri di guerra - Profughi.* — Dott. E. S. da P. — Alla cura ed assistenza sanitaria dei prigionieri di guerra debbono provvedere le autorità militari, da cui essi direttamente dipendono. I profughi sono ordinariamente classificati come poveri, ed hanno, pertanto, diritto a cura gratuita, tranne al medico, in caso di dissarcordo col Comune, di chiedere congruo aumento di ufficio dello stipendio alla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 del vigente Testo Unico delle leggi sanitarie.

(7328) *Medico condotto - Dimissioni.* — Dott. R. P. da F. d'A. — Ella può rassegnare le dimissioni mentre è ancora in vita il contratto, ma però occorre che queste sieno accettate dal Consiglio comunale senza di che non potrà lasciare il servizio. Anche dopo di essere state accettate le dimissioni potrebbe essere requisito dal Prefetto per il servizio sanitario della popolazione civile di codesto centro, ma in tal caso lo stipendio non sarebbe l'attuale ma sibbene quello che sarà stabilito dalla autorità tenuto conto della condizione speciale ed eccezionale dei tempi presenti. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 1998:

Non possiamo concordare con il collega.

Se un medico è stato *esonerato* dal servizio militare ciò indica che vi erano buone ragioni per ritenere che egli avesse da compiere altre gravi ed importanti mansioni di indole sanitaria, mansioni incompatibili con la prestazione di un nuovo servizio militare come quello che debbono compiere i medici assimilati.

Abbinare le due qualità di medico *esonerato* e medico *assimilato* ci pare, francamente, un non senso.

Se invece il collega non fosse stato esonerato, ma semplicemente avvicendato, nulla vieterebbe che egli potesse riassumere il servizio militare nell'ospedale testè istituito.

All'abb. n. 2252:

Data l'anzianità della sua classe ed il parere della Commissione di esonero è poco probabile che Ella venga chiamato in servizio.

All'abb. n. 2564:

Non vi è alcun dubbio che agli effetti a cui Ella accenna, il servizio prestato in ospedaletti da campo, sia pure a 10-15 km. dalla trincea, non debba considerarsi come prestato *in zona di guerra.*

Al dott. C. L. da O.

La possibilità o meno, essendo stato dichiarato inabile, di prestar servizio nella propria zona territoriale, dipende molto dalla minore o maggiore anzianità di classe. Occorre conoscere la sua per poter rispondere.

Il Ministero non esita, in genere, a promuovere tenenti i sottotenenti medici, anche se non abili incondizionatamente, quando gli pervengono proposte del genere, ma non tutte le autorità militari si persuadono a farle.

All'abb. n. 5797:

Data la giovinezza della sua classe Ella non può essere avvicendata in zona territoriale.

Ha però diritto a quei turni di avvicendamento tra prime e seconde linee che sono stati stabiliti dall'Intendenza Generale.

All'abb. n. 4489:

Un capitano medico di complemento, tale nominato *per titoli,* non può conseguire un'ulteriore promozione che in seguito ad acquisto di nuovi titoli, oppure per meriti eccezionali (art. 13).

All'abb. n. 8580:

Il fatto di essere medico non impedisce la licenza agricola a chi ne ha diritto.

Il Ministero non ha sancito alcun avvicendamento per gli ufficiali delle classi giovani (1884 e più giovani).

L'Intendenza con una circolare, più volte citata, ha disposto però un certo avvicendamento tra medici di prima e di seconda linea.

All'abb. n. 4383:

Ella ha pieno diritto all'avanzamento in base alle norme vigenti e quindi potrà inoltrare reclamo presso il Ministero della guerra.

Avrà in seguito a tale riconoscimento di grado anche diritto all'anzianità che Le spettava, e fino ad un certo punto anche agli assegni arretrati.

Al dott. V. G. da E. M.:

Potrà trovare le norme per l'avvicendamento nella circolare n. 811 del 1917.

L'assunzione in servizio pei medici delle classi 76-81 sta avvenendo gradualmente.

Data l'anzianità della sua classe Ella sarà destinata probabilmente ad un servizio territoriale.

All'abb. n. 9323:

I tenenti medici effettivi con anzianità 1° maggio 1916 non sono ancora stati promossi, e quindi non lo sono stati neppure quelli di complemento, la cui promozione è contemporanea.

All'abb. n. 842:

Non avendo la sua classe di leva obbligo di servizio militare (per i medici tale obbligo si estende solo fino alla classe 1870) Ella non deve essere sottoposto alla visita prescritta per gli ufficiali dichiarati inabili precedentemente (cfr. circ. 38 del G. M. 1918). La data esatta è quella portata dalla *Sentinella*, e cioè il 31 di agosto 1917.

All'abb. n. 4017:

Il rifiutare una medaglia di ricompensa è da parte di un ufficiale considerato come una mancanza disciplinare.

Se l'ufficiale non è soddisfatto del *grado* della ricompensa ottenuta può però reclamare.

All'abb. n. 8642:

Una domanda al Ministero che esponesse le gravi ragioni di famiglia da Lei accennate, in appoggio del parere della Commissione di esonero, non può certo nuocere.

All'abb. n. 6745:

Ottenendo la promozione ha diritto all'anzianità retroattiva che le spetta.

Anche gli assegni arretrati le verranno corrisposti a decorrere però soltanto dal 1° giugno 1917.

Al dott. G. T. da G.:

Per rispondere al suo quesito occorre conoscere a quale classe di leva Ella appartenga. Nel farla conoscere, rinnovi il quesito.

All'abb. n. 8523:

Si è detto che tali concessioni riguardano in genere militari di truppa e non ufficiali.

All'abb. n. 9349:

Per quanto se ne sa, gli aspiranti medici sono considerati, quando sian fatti prigionieri, come personale sanitario e come tale utilizzati nei campi di concentramento austriaci.

Al dott. G. S., Zona di guerra.

Data la sua qualità di ufficiale di fanteria per passare in Sanità dovrebbe prima dimettersi dal grado. Ma tali domande di dimissioni non sono ora accettate.

Per sostenere gli esami può chiedere una licenza.

Al dott. A. F. da T.:

Gli ufficiali tutti dispensati dal servizio per infermità fino alle visite eseguite a tutto il 31 agosto 1917, sono ora stati chiamati a nuova visita con circolare N. 327 del 1918.

S'intende che essi debbono appartenere a classi di leva obbligate al servizio.

Suo figlio, data la sua classe di leva, non può ottenere l'avvicendamento puro e semplice, ma potrebbe forse venir assegnato ad un servizio civile in scambio di altro ufficiale mobilitato, qualora fosse richiesto da una autorità civile pel tramite della Prefettura.

M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;

Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;

Non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sottosegretario di Stato alla Sanità di Francia ha rimesso, con solenne cerimonia, la croce di commendatore della Legion d'onore al dott. Alessio Carrel.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Cepparullo Giovanni, da Casagiove (Caserta), tenente medico complemento reggimento alpini. — Durante vari giorni di successivi combattimenti provvide infaticabilmente alla cura ed allo sgombero di numerosi feriti. Fatto segno il suo posto di medicazione ad un intenso ed aggiustato fuoco di artiglieria avversaria, anche di grosso calibro, continuò, per delle ore, a prestar l'opera sua umanitaria con grade spirito di abnegazione ed esemplare calma, nonostante che, nello stesso posto, cadessero colpiti portaferiti e militari ivi ricoverati. — Monte Cauriol, 27 agosto 1916.

Cruciani Alessandro, da Orvieto (Perugia), sottotenente medico di complemento reggimento fanteria. — Dimostrò coraggio e calma nel prodigare le cure ai feriti, in una posizione intensamente battuta dall'artiglieria nemica, riuscendo di nobile esempio a quanti lo coadiuvarono Monte Zovetto, 14-16 giugno 1916.

MEDICINA SOCIALE.

Il primato dell'Italia nelle opere di assistenza agli invalidi di guerra.

Nei giorni dal 20 al 25 maggio u. s. si è tenuta a Londra una Conferenza interalleata per gli studî e le provvidenze relative al trattamento da farsi agli individui resi invalidi dalla guerra. Al Congresso parteciparono i rappresentati gli Stati dell'Intesa. La delegazione italiana, scelta fra i più competenti in materia, fu molto attiva. Erano presenti il prof. E. Burci, capo della missione e delegato del Ministero della guerra insieme al maggiore dott. G. Selvi, i tenenti-colonnelli dott. G. Poma e dott. G. Laghezza per il Ministero della marina, il prof. G. Loriga ed il prof. R. Galeazzi per il Ministero di industria, commercio e lavoro e per l'Opera nazionale per gli invalidi, il maggiore avv. Giuriati per il Ministero delle pensioni, il prof. V. Putti per l'Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna col capo officina sig. Augusto Fusaroli, l'avv. Foscolo Bargoni per la Cassa nazionale infortuni, il dott. M. Gusmitta per la Croce Rossa Italiana, le signorine Maude e Beatrice Whitaker per l'Istituto siciliano dei mutilati, il dott. Roberto Sandiford, segretario della missione. Altri due delegati ufficiali del Governo, maggiore De Filippi e dott. G. Pardo, si trovavano già a Londra.

Il nostro giornale ha già dato cenno del notevole successo riportato non solo dai relatori italiani al Congresso, ma anche dall'Esposizione annessa alla Conferenza.

Alcuni delegati italiani di ritorno da Londra avevano riportato l'eco di questo successo veramente entusiastico, confermato dalle pubblicazioni comparse nei maggiori giornali medici inglesi, quali il *Lancet* ed il *British Medical Journal*.

Per far conoscere l'opera svolta dai nostri delegati alla Conferenza, dalle nostre istituzioni di assistenza e dai nostri produttori di apparecchi di protesi alla Esposizione, abbiamo creduto intervistare l'egregio prof. Giovanni Loriga, capo dell'Ispettorato medico dell'industria e del lavoro, il quale per la sua cultura, per il suo ufficio e per la parte presa alla Conferenza era meglio che altri in grado di dare notizie particolareggiate e serene al riguardo.

Il prof. Loriga ha cortesemente acconsentito.

— Alla prima Conferenza, tenuta a Parigi nel maggio 1917 — egli ci ha detto — molti studiosi italiani avevano portato contributi notevoli di osservazione e di studio relativi alla protesi, alla rieducazione funzionale e professionale, alle pensioni, ecc., ma non tali da dare una dimostrazione complessiva esatta dello sforzo notevole fatto e dei risultati ottenuti dall'Italia nel campo dell'assistenza agli invalidi di guerra. Tale sforzo e relativi risultati erano già fino d'allora non inferiori a quelli conseguiti dagli alleati, ma non ebbero l'apprezzamento che meritavano, perchè ciascuno degli intervenuti presentava un frammento dell'opera senza coordinamento col lavoro compiuto dagli altri.

Questo errore è stato evitato nella seconda Conferenza. Prima dell'apertura di essa era stato costiuito in Roma, per iniziativa della Direzione generale della Sanità militare, un Segretariato della Conferenza, con l'incarico di stimolare le attività individuali, di coordinarle, di rendere facile il loro compito e di presentarne i risultati in forma conveniente, tale che il lavoro dei singoli e quello complessivo potessero essere messi nella giusta luce.

L'esito ha corrisposto pienamente all'aspettativa ed ha premiato in equa misura gli sforzi individuali e quelli collettivi.

La Conferenza era divisa in tre sezioni: *a*) Pensioni, acconti e collocamento; *b*) Rieducazione funzionale e professionale; *c*) Cura. Quest'ultima era divisa in due sotto-sezioni, di cui la prima, che chiameremo medica, comprendeva l'assistenza ai ciechi, ai neuropatici, ai tubercolosi, agli ultra-invalidi, ecc., e la seconda, che si può chiamare chirurgica, comprendeva anche la protesi. Per dare un'idea sommaria dei contributi portati dagli studiosi italiani alla Conferenza basti il dire che le loro comunicazioni occupano circa 2/3 del volume degli Atti.

Nella prima sezione il maggiore avv. Giuriati, rappresentante del Ministero per l'assistenza e le pensioni, presentò una comunicazione sulle pensioni; l'avv. Bargoni, direttore generale della Cassa nazionale infortuni, trattò delle assicurazioni per gli invalidi, ed il tenente colonnello avv. Laghezza, uno dei rappresentanti del Ministero della marina, richiamò per la prima volta l'attenzione dei congressisti sui problemi internazionali che riguardano gli invalidi, problemi che acquisteranno grande importanza dopo la guerra.

Nella seconda sezione furono presentate due comunicazioni sulla tecnica della rieducazione, dei proff. Chevalley e Levi, una sulla rieducazione agricola del capitano medico dott. Gusmitta, rappresentante della Croce Rossa, e due sul collocamento degli invalidi dell'avv. Martello e della signora Monsani.

Nella terza sezione (sottosezione medica) figuravano i contributi dei proff. Medea, Golgi e Sala sull'assistenza neurologica e quelli del dott. Lavinia Mondolfo sui ciechi, del prof. Levi sugli ultrainvalidi e del dott. Bassetta sulle cure coercitive. Nella sottosezione chirurgica le questioni relative alle amputazioni cinematiche ed alla cineplastica furono trattate nelle comunicazioni del dott. Pieri, del dott. Vanghetti (che ne fu il geniale inventore) e dei professori Putti e Pellegrini. La relazione del prof. Putti, illustrata da proiezioni, interessò così profondamente i congressisti che egli la dovette ripetere.

Il prof. Bassetta presentava un nuovo ergografo per mutilati di braccio ed una memoria sugli esercizii funzionali nei mutilati di gamba, il prof. Della Vedova riferiva sullo stato presente della protesi in Italia, il prof. Galeazzi fece due comunicazioni sulla protesi da lavoro e sulle direttive di costruzione degli apparecchi di protesi. Il prof. Verga infine presentò una relazione relativa alle operazioni sui nervi periferici.

In tutti gli argomenti, infine, ed in tutte le discussioni gli italiani portarono gli apprezzatissimi contributi dei loro studii e della loro esperienza, e mentre la nostra legislazione sulla assistenza e sulle pensioni veniva proclamata da tutti *un modello da imitare,* le provvidenze speciali per i nevropatici, i tubercolosi, ecc., e le geniali applicazioni della protesi destavano l'ammirazione universale dei convenuti.

A complemento delle comunicazioni scientifiche e per la maggiore diffusione delle cognizioni sulla nostra organizzazione dell'assistenza venivano distribuiti ai congressisti: un grosso volume illustrato contenente le relazioni sull'opera svolta da tutti i Comitati regionali d'Italia, la collezione completa del Bollettino della Federazione, una pubblicazione illustrata di propaganda fatta dall'Opera nazionale e due relazioni del Ministero della guerra e della Croce Rossa.

L'affermazione dell'attività svolta dall'Italia nel campo dell'assistenza agli invalidi si manifestò non meno potentemente nella Esposizione annessa alla Conferenza. Vi concorrevano largamente tutte le Nazioni alleate con tre specie di oggetti: *a*) apparecchi di protesi; *b*) utensili e strumenti adatti al lavoro dei ciechi, dei mutilati e degli storpi; *c*) oggetti lavorati dagli invalidi.

Anche in questi campi l'affermazione dell'Italia fu solenne e degna di encomio. Le vetrine dei nostri due maggiori Istituti di protesi, cioè del Rizzoli (Bologna) e di Gorla 1ª (Milano) furono ammiratissime. Nella prima erano oggetto di un continuo pellegrinaggio dei competenti specialmente gli apparecchi destinati alla cinematica, nella seconda ebbe il meritato omaggio sopratutto l'apparecchio da lavoro per mutilati di arto superiore. Ma apprezzatissimo fu pure l'arto Paoletti per mutilati di coscia, esposto dal Ministero della guerra, e furono anche tenuti nella dovuta considerazione gli altri apparecchi esposti dalle Officine minori, specialmente quelli di Roma e di Torino, ciascuno dei quali presentava caratteristiche degne di rilievo.

Fra gli utensili da lavoro furono giudicati molto favorevolmente quelli per i ciechi (calzolai, bottai, falegnami, ecc.) presentati dagli Istituti di Milano e di Roma.

Ed infine gli oggetti lavorati nelle Case italiane di rieducazione riscossero l'ammirazione generale per il buon gusto, la finitezza e l'eleganza. I cammei ed i lavori di cartonaggio e di selleria della Casa di Roma, i piccoli mobili di stile arabo-siciliano di quella di Palermo, i lavori in cuoio di quella di Pescia, ecc., ecc., vi tenevano il primo posto, ma si può dire che tutta la produzione italiana attirava subito gli sguardi del pubblico per le sue note di perfezione tecnica e di eleganza.

Per desiderio del Comitato inglese ordinatore della Mostra tutto il materiale di protesi fu lasciato a Londra, desiderando il detto Comitato esporlo nelle principali città del Regno Unito per istruzione dei medici. Anche i lavori degli invalidi saranno venduti colà da un Comitato di signore, presieduto dalla marchesa Imperiali, moglie dell'ambasciatore.

Durante i lavori della Conferenza i congressisti sono stati invitati a visitare i più grandi Istituti di rieducazione di Londra e dintorni (Roehampton, Richmond, Dunstan (per i ciechi), Shepherd's Bush, ecc.) e l'Ufficio delle pensioni. Da queste visite abbiamo tratto la convinzione che molto si è fatto in Inghilterra per la rieducazione degli invalidi, che lo Stato ed i privati provvedono a tutti i compiti dell'assistenza con metodo, ordine e signorile larghezza di mezzi, che particolari, notevolissime cure vengono prestate specialmente ai ciechi, ma come sintesi delle mie osservazioni posso dire che il sistema della rieducazione è inteso in Inghilterra alquanto diversamente di quanto accade in Italia, in Francia e nel Belgio, perchè la rieducazione funzionale degli invalidi (mutilati e storpi) vi prevale sulla rieducazione professionale e questa non è fine a sè stessa, come generalmente accade da noi, ma il complemento di quella.

Invece gli inglesi hanno già provveduto, forse meglio che da noi, al collocamento dei lavoratori manuali, già dimessi dagli Istituti di rieducazione, mediante la creazione di grandi stabilimenti industriali, la cui maestranza è costituita esclusivamente da mutilati e da storpii. Io ho visitato in Londra un grande laboratorio del genere, di legnami e di giocattoli, ammirandone l'ordinamento tecnico e finanziario, ed ho appreso che del medesimo tipo ne sono stati creati altri dieci nelle principali città inglesi, dedicati alle industrie le più svariate. Essi vanno sotto il nome sociale di: *The lord Roberts memoriale Workshops for disabled soldiers and sailors.* Auguro all'Italia di poter fare altrettanto per i suoi gloriosi soldati invalidi dopo la guerra, per dar loro quella indipendenza economica che raramente potranno conquistare se dovranno contare sui loro sforzi isolati. La nostra legge del 25 marzo 1917 facilita, è vero, l'acquisto di terreni e la costruzione di casette agli invalidi, ma sarebbe opportuno estendere le provvidenze in modo che ciascun lavoratore agricolo, tornando al proprio paese, diventasse proprietario di un pezzo di terra o socio di una Cooperativa agricola, e ciascun lavoratore di officina trovasse istituzioni simili a quelle di lord Roberts pronte a dargli lavoro ben rimunerato e sicuro, senza esporlo alla concorrenza individuale con i lavoratori sani.

Ma di ciò, forse, parlerò un'altra volta.

— Dunque, professore, Ella ritiene che l'Italia abbia adeguatamente assolto il suo debito verso i suoi gloriosi invalidi della guerra e che la sua opera sia stata apprezzata dagli intervenuti alla Conferenza e dai visitatori dell'Esposizione di Londra?

— Come conclusione delle cose viste ed udite posso dirle che il nostro paese può essere giustamente orgoglioso delle provvidenze adottate a favore dei nostri invalidi, e che i nostri studiosi ed i filantropi possono dirsi veramente benemeriti, perchè i risultati ottenuti in Italia non sono inferiori a quelli ottenuti negli altri paesi alleati, anzi, sotto parecchi rispetti, sono superiori.

DR.

NOTIZIE DIVERSE

Gl'Istituti clinici di Milano e l'Università di Pavia.

La Direzione degli Istituti clinici di perfezionamento di Milano ed il Consiglio accademico dell'Università di Pavia hanno approvato una convenzione in base alla quale si addiviene alla fusione della Facoltà medico-chirurgica dell'Università di Pavia e degl'Istituti clinici di Milano i cui insegnanti divengono membri di uno stesso Corpo accademico.

Alla sezione di Pavia resteranno affidati gli studî di preparazione, mentre la sezione di Milano avrà lo scopo di perfezionare i laureati. Anche i corsi liberi presso la sezione di Milano potranno esser solo di perfezionamento. Ogni nuova libera docenza verrà conferita dalle due Facoltà riunite, le quali dovranno integrare l'opera al fine di dare incremento alla cultura scientifica nel campo degli studî medici nelle provincie lombarde.

La convenzione riflette anche l'autonomia patrimoniale degli Istituti clinici, i quali rimarranno amministrati per tale materia dal proprio Consiglio amministrativo, da cui dipenderà l'economato degli Istituti stessi. I proventi delle tasse e sopratasse scolastiche rimarranno separati, secondo le norme vigenti.

Tutte le attribuzioni del Consiglio della Facoltà di Pavia e del Consiglio direttivo degli Istituti clinici di Milano saranno devolute al Consiglio dell'unica Facoltà e rispettivamente al Preside della medesima e al Consiglio accademico e al Rettore dell'Università, dal quale dipenderà la sezione di segreteria degli Istituti clinici.

Per i tesori idro-climatologici nazionali.

Si è costituita a Milano la Casa editrice « Enotria » con l'intento di dare il maggiore impulso possibile a pubblicazioni illustrate per la propaganda e l'incremento dei grandi valori idrologici e climatologici che l'Italia possiede.

Ne è direttore tecnico il sig. Ezio Minelli; direttore amministrativo il rag. Carlo Graziani.

Alla nota rivista *Terme - Monti - Riviere* è stato aggiunto ora un supplemento mensile dedicato alle *Acque e cure*, di cui un numero, recentemente uscito, illustra la stazione termale di Salsomaggiore. Entro l'anno si pubblicheranno pure le Riviste: *Vie, viaggi, soggiorni*: *Corriere dell'Italia turistica* e *Il Prodotto Italiano*: *Corriere della produzione industriale nazionale*.

Officina di meccanica chirurgica di guerra.

Il fermo volere e l'opera assidua del prof. Vincenzo Montenovesi, ten. colonnello medico e consulente chirurgo della IV armata, hanno fatto sorgere e curarono a che prosperasse in zona di guerra, a prezioso sussidio del servizio di sanità militare, una officina di meccanica chirurgica, la quale è un modello del genere. Sappiamo che lo stabilimento, in cui con mirabile tecnica si forgiano strumenti chirurgici e apparecchi di protesi per quanto complicati, giorni sono è stato onorato dalla visita del Sovrano, che con il vivo interessamento e con la parola d'encomio ha sanzionato questa benefica istituzione. Siamo lieti del successo del prof. Montenovesi, che, uomo modesto e profondamente buono, non disdegna di discendere dal suo posto di clinico eminente per fornire indirizzo e aiuto agli operai che ha voluto ed ha fatti perfetti alla nuova bisogna. Esempio ai giovani, egli, volontario, diede sin dall'inizio dell'attuale campagna e darà sin che lo richiedano gli eventi, l'opera sua di valoroso chirurgo e di felice organizzatore.

Pei mutilati del viso.

Sotto la presidenza del sen. Mangiagalli si è costituito definitivamente in Milano il Comitato pei mutilati del viso.

Il centro tecnico-amministrativo per l'assistenza dei mutilati del viso, al quale dovranno far ricorso dalla Lombardia (essendo il Comitato per ora regionale) quanti abbiano bisogno di cura, avrà la sua sede in via Cesare Correnti n. 13, presso l'Istituto di S. Corona.

Pel tubercolosario di Napoli.

Il Consiglio di amministrazione della Società di Navigazione « La Transoceanica », su proposta del suo presidente, comm. Giorgio Peirce, ha deliberato di erogare al Comitato Regionale della Croce Rossa, destinandola alla sottoscrizione per il nuovo Sanatorio antitubercolare che dovrà sorgere prossimamente in Pozzuoli, la somma di lire 15,000.

Istituto nipio-igienico di Capua.

Si è istituito un Comitato allo scopo di erigere in Ente morale l'Istituto nipio-igienico di Capua, fondato dal prof. Ernesto Cacace nel 1905. Questo istituto ha lo scopo della « soluzione integrale » del complesso problema della difesa igienica della prima infanzia, e comprende fra loro coordinate numerose istituzioni di assistenza, educative e scientifiche.

Scuola di Puericoltura a Parigi.

È stata fondata a Parigi una Scuola Centrale di Puericoltura, allo scopo d'impartire, a chi alleva bambini, le nozioni più indispensabili allo scopo.

Il Comitato d'onore è presieduto dal sen. Strauss; l'insegnamento è affidato a notabilità mediche, professori della facoltà di medicina, specialisti e levatrici.

Per l'alimentazione dei bambini.

Il 1° luglio entrerà in vigore il razionamento dei bambini da 7 mesi a 2 anni. I sindaci rilasceranno speciali tessere, a seconda dell'età dei bambini. Verranno distribuite cinque qualità di farine, due di pastina ed una di biscotti. La distribuzione verrà fatta dai magazzini dell'Intendenza di Finanza, in una media di 600 mila razioni chiuse in speciali sacchetti nei quali sono stampate le norme per gli usi. Ai sacchetti sarà applicata una marca di 5 centesimi, tassa supplementare a beneficio dell'assistenza all'infanzia.

A beneficio della Croce Rossa Italiana.

Hanno avuto luogo a Stoccolma due rappresentazioni drammatiche sotto la direzione della signora Tommasini, consorte del ministro d'Italia.

Il Re, il Principe Carlo, presidente della Croce Rossa svedese, con la famiglia, il Principe Eugenio, il Principe e la Principessa reale, nonchè il corpo diplomatico dell'Intesa e quello neutrale e numeroso pubblico vi hanno assistito.

Nell'*Italy day* degli Stati Uniti, durante un concerto al Teatro Metropolitano di New York, vennero raccolti 40,000 dollari e rimessi all'ambasciatore italiano, per la Croce Rossa Italiana.

I commercianti e industriali della città di Newcastle in Inghilterra hanno rimesso alla marchesa Imperiali, nostra ambasciatrice a Londra, 200,000 lire, perchè 150,000 fossero versate alla Società Pro-Italia e 50,000 alla Croce Rossa Italiana.

Per la legge sugli infortuni agricoli.

È stato approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio Nazionale della Confederazione Generale del Lavoro denuncia al Governo le manovre ostruzionistiche che si fanno contro la legge sugli infortuni del lavoro per ottenere che la legge sia modificata in modo da lasciare libero adito di esercizio speculativo sull'infortunato.

Dichiara che le organizzazioni operaie non sono disposte a tollerare che la legge sugli infortuni agricoli da tanto tempo attesa, sia ancora ritardata per opera di interessati speculatori, in danno dei legittimi diritti dei lavoratori della terra. — ARGENTINA ALTOBELLI».

Riforma delle scuole dei sordomuti.

Il Ministro dell'Istruzione, on. Berenini, ha nominato una Commissione per lo studio di una riforma generale delle scuole e collegi dei sordomuti d'Italia. Si tratta di svecchiare sistemi amministrativi e didattici in uso nei 52 collegi per l'educazione dei sordomuti. L'opera tenace di chiari ingegni di educatori, che per lunga serie di anni andavano proclamando la necessità di una riforma, sarà finalmente coronata da un felice successo.

941 vittime dei bombardatori di ospedali.

941 vittime dei bombardatori di ospedali sono state registrate in Francia nel periodo dal 15 maggio al 1° giugno. In questo periodo gli ospedali furono 7 volte attaccati dai tedeschi, e si ebbero 11 ufficiali, 318 soldati, 5 infermieri e altre 14 persone uccisi; i feriti furono: ufficiali 18, soldati 534, infermieri e altri 41.

In giovanissima età si è spento in un Ospedale da campo, vittima del proprio dovere, il capitano medico SAVERIO NICCÓLI.

Al forte talento professionale, alla flessibilità dell'ingegno meridionale, univa le qualità fascinatrici dell'oratore. Dopo avere con discorsi serrati e taglienti, sostenuta la necessità del nostro intervento, primo fra i primi calabresi andò sul campo a prestare l'opera sua di sanitario nei posti più avanzati. A breve distanza lo seguirono i fratelli.

È caduto come un eroe, non davanti i bastioni del nemico, ma nel travaglio lento, nella lotta diuturna, sostenuta per salvare la vita degli altri. P.

È morto a Torino, nel febbraio u. s., ancor giovane, il dott. prof. CARLO MARTINOLLI, direttore del Laboratorio anatomo-patologico del R. Manicomio, dove lo avevano preceduto il Salvioli, il Sanquirico, il Mondisio. Cultore dell'istopatologia del sistema nervoso, gli si debbono procedimenti di tecnica microscopica e la scoperta di particolari elementi cellulari nervosi che portano il suo nome. Q. P.

È morto a Jassy, in Rumenia, dove aveva organizzato un ospedale, il dott. GIOVANNI CLUNET, giovane ed apprezzato neurologo francese, noto per i suoi lavori sull'anatomia patologica delle ghiandole endocrine, fra cui le paratiroidi nel morbo di Parkinson e la tiroide nel morbo di Flajani-Basedow. e per i suoi studi di radioterapia. Per poco non era rimasto vittima del siluramento della «Province»; con straordinaria efficacia egli ha descritto lo stato psico-neurotico dei naufraghi, studio di cui noi già abbiamo dato un riassunto. Soccombe ora agli strapazzi della vita del campo. Q. P.

È morto a Varsavia, durante lo scorso gennaio, il prof. GIUSEPPE BRUDZINSKI, ordinario di clinica pediatrica e rettore di quella Università. Lascia importanti pubblicazioni sulla flora intestinale dei lattanti, sulla meningite cerebro-spinale epidemica, ecc. Il suo nome rimarrà legato al *segno di Brudzinski*. Ha organizzato i grandi ospedali infantili di Lodz e di Varsavia, sorti per sua iniziativa, e ha fondato in Polonia una Società di pediatria ed un periodico di pediatria. Contava 44 anni appena.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 - Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXV. Roma, 7 luglio 1918 Fasc. 27.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

STAZIONE SANITARIA MARITTIMA DI COTRONE.

Contributo allo studio della paralisi con anestesia crociata di origine traumatica senza lesione organica del midollo spinale

per il dott. PIETRO TIMPANO.

Fra le sindromi di origine spinale senza lesione organica del midollo notate durante la nostra guerra, ve n'è una che ha molta analogia colla sindrome di Brown Sequard, con questa differenza, che la sindrome risulta invertita; ossia dal lato della lesione v'ha l'anestesia e dal lato opposto la paralisi, e il trauma che la produce non lede nè il midollo spinale nè alcun tronco nervoso importante. Credo, perciò, non del tutto inutile riferire un caso che ebbi occasione di osservare in un ospedale da campo.

A... P..., dell'... reggimento fanteria. Il padre è vivente e sano; la madre soffre di gastrite cronica. Ha due sorelle che godono buona salute.

L'infermo a 12 anni soffrì il tifo, a 17 la broncopolmonite. È discreto bevitore e fumatore. Non sembra abbia contratto malattie veneree o sifilitiche.

In un combattimento fu ferito nella regione posteriore del torace da una palletta di shrapnel. Sentì poco a poco mancargli la forza per reggersi in piedi e dovette adagiarsi sul terreno. Quando i portaferiti andarono per soccorrerlo, si accorse di non poter muovere la gam-

ba destra, per cui dovette essere trasportato al posto di medicazione in barella.

Dall'esame obbiettivo fatto nell'ospedale da campo dove fu ricoverato, risultano i seguenti dati:

Nella regione posteriore del torace, in corrispondenza dell'apofisi spinosa della 6ª vertebra, lato sinistro, notasi una piccola ferita circolare, a margini contusi, sanguinante. L'esplorazione del fondo fa rilevare una resistenza metallica.

Organi toracici e addominali sani.

Pupille normalmente reagenti alla luce e all'accomodazione. Campo visivo normale tanto a destra che a sinistra. Sensibilità specifica anche normale. Presente il riflesso faringeo, normali tutti gli altri riflessi superficiali. Esagerato il riflesso rotuleo di destra, normale quello di sinistra.

La motilità attiva e passiva degli arti superiori non presenta alcuna modificazione apprezzabile. I movimenti attivi dell'arto inferiore destro sono quasi completamente aboliti, quelli dell'arto inferiore sinistro normali.

La sensibilità dell'arto superiore e inferiore di destra è normale, quella dell'arto inferiore sinistro è pure normale, mentre la sensibilità dell'arto inferiore sinistro è notevolmente diminuita. L'ipoestesia da questo lato è limitata in alto da una linea che anteriormente passa sull'inserzione sternale della 5ª costola, lateralmente attraversa il 4° spazio intercostale, posteriormente arriva in prossimità dell'apofisi spinosa della 7ª vertebra toracica. Superiormente al limite della ipoestesia, nella regione posteriore, notasi una zona d'iperestesia di circa 2 dita, che anteriormente è meno apprezzabile.

Manca qualsiasi reazione elettrica degenerativa.

Fu praticata un'incisione verticale, attraversando la parte mediana della ferita sopra descritta e si potè estrarre una palletta di shrapnel.

La ferita, esaminata accuratamente, non penetrava in cavità nè aveva prodotto spostamenti o lesioni ossee. Guarì in breve tempo senza complicanze. I disturbi motori e sensitivi gradatamente si dileguarono. Ultima a scomparire fu l'iperestesia. Dopo 17 giorni di cure elettriche e meccaniche l'infermo era completamente guarito.

***

Casi simili a questo furono riferiti dal Brown Sequard, dallo Sciamanna, dal Brunelli, dal Paladino, ecc. L'argomento ha un qualche interesse perchè non debba essere ripreso ancora oggi. E siccome la sindrome descritta presenta la disposizione morfologica e funzionale, quantunque invertita, di quella del Brown Sequard, e può essere riferita ad un punto determinato del midollo spinale dove sarebbe avvenuta una interruzione temporanea delle vie di moto e di senso, si è indotti a chiedere se in questi casi speciali si abbia a che fare con una delle tante manifestazioni dell'isteria o si è, invece, in presenza di fenomeni motori e sensitivi riflessi, dovuti a lesioni periferiche.

Come si può, infatti, spiegare l'insorgere di una paralisi con anestesia crociata senza lesione organica del midollo spinale?

La compressione esercitata sul midollo da un ematoma o da una vertebra spostata dall'urto di una pallottola, può determinare la paralisi da un lato e l'anestesia dal lato opposto. Nel caso in esame il quadro clinico, il decorso, i fatti obbiettivi locali farebbero escludere la suddetta ipotesi.

L'isteria, come è noto, può dar luogo a paralisi ed anestesie in qualsiasi parte del corpo. Ma la mancanza, nel nostro infermo, di precedenti nevrotici e stigmate isteriche, l'insorgere non istantaneo della sindrome, la sua particolare disposizione morfologica e funzionale, che sembra seguire le leggi dell'anatomia e della fisiologia, e il fatto che non si è mai verificata per lesioni lontane dalla spina dorsale, il miglioramento lento e progressivo, non possono accordarsi con la natura isterica della forma morbosa.

Non rimane che pensare ad un'altra ipotesi, a quella, cioè, di una speciale alterazione del tessuto di determinati segmenti midollari, verificatasi a distanza in seguito all'urto della pallottola, alterazione che avrebbe dato luogo ad un'interruzione temporanea delle vie di moto e di senso.

Ma è possibile che uno stimolo, partendo dalla periferia, possa andare a interrompere in un punto solo le vie di conduzione di moto e di senso come farebbe l'emisezione del midollo ad una data altezza? Evidentemente no; perchè se anche le vie ascendenti si continuassero direttamente con le vie midollari dove lo stimolo perturbatore ha determinato la lesione funzionale, questa non si sarebbe potuta realizzare in un punto solo, ma in tutto il loro percorso. E allora, per comprendere il disturbo funzionale a distanza, bisogna ammettere che lo stimolo percorra le vie ascendenti e giunga ad un primo gruppo di cellule con cui dette vie sono in rapporto; le cellule trasmetterebbero alla loro volta lo stimolo ad un altro gruppo vicino, e in questo modo potrebbero venire influenzati vari segmenti midollari.

Siccome il quadro clinico, come si è detto innanzi, può essere riferito alla lesione di un punto determinato del midollo spinale, sarebbe interessante indagare, anche restando nel campo delle semplici ipotesi, quali vie lo stimolo periferico dovrebbe percorrere, affinchè la sindrome invertita di Brown Sequard si potesse realizzare.

Si sa che un gran numero di fibre radicolari posteriori, dopo che sono penetrate nel midollo, si dividono a ⊣, e tanto la branca ascendente quanto quella discendente camminano verticalmente per un certo tratto, poi si piegano a gomito e penetrano nella sostanza grigia arborizzandosi in corrispondenza delle cellule. La branca discendente, che è quella che più c'interessa, manda, a simiglianza della branca ascendente, delle collaterali ordinariamente a livello dell'incisura di Ranvier, che penetrano nella sostanza grigia e si ramificano. Le altre fibre penetrano quasi subito nella sostanza grigia, ma anch'esse, prima di penetrare, danno delle collaterali ascendenti e discendenti che terminano, arborizzandosi, attorno agli elementi cellulari della sostanza grigia. Per conseguenza, se uno stimolo percorre le vie di una o più radici spinali è possibile che si trasmetta anche lungo le branche discendenti sopra accennate e quindi determini un'alterazione funzionale in alcuni segmenti inferiori, connessi fra loro mediante quelle stesse branche, e impedisca l'ulteriore trasmissione degli stimoli normali lungo le vie che partendo dalle radici posteriori vanno all'encefalo. Sarebbero alterati, dunque, solo i segmenti spinali inferiori a quello le cui radici posteriori furono irritate e si avrebbe, così, l'anestesia dal lato stesso della lesione.

Inoltre, se pensiamo che le due metà dei segmenti spinali sono fra loro in connessione mediante fibre endogene che partono dalle cellule dei cordoni e dalle cellule commissurali, attorno a cui terminano anche le ramificazioni collaterali delle fibre radicolari posteriori e che si dividono pur esse in una branca ascendente ed una discendente, con collaterali a direzione trasversale, ramificantesi attorno ad altre cellule commissurali, le quali alla loro volta sono in rapporto con le cellule radicolari del segmento cui appartengono, si può anche comprendere come quello stesso stimolo, passando nella metà opposta del midollo possa, e per la divisione in due branche delle fibre endogene, e per la loro semplice immissione nelle vie discendenti del fascio fondamentale, e per i collaterali che ne emanano, influenzare anche gli elementi cellulari dei segmenti inferiori, che alla loro volta mandano ramificazioni alle cellule radicolari anteriori, e impedire il passaggio dello stimolo normale che viene dalla corteccia per i fasci piramidali diretti e crociati, e quindi si avrebbe la paralisi del lato opposto della lesione.

Riguardo alla genesi delle paralisi con anestesia crociata senza lesione organica del midollo spinale, lo Schmaus ritiene che si possa spiegare con la teoria del choc locale. Egli potè riprodurre sugli animali i sintomi dello choc mediante colpi di martello sulla colonna vertebrale e constatò che i sintomi accennati si verificano senza lesioni anatomiche apprezzabili nè macroscopicamente nè microscopicamente.

Il Karow è d'opinione che lo choc si produca in seguito a paralisi vasomotoria limitata ad una piccola porzione del midollo.

Dupley, Obersteiner ed altri parlano di un perturbamento molecolare, che è causa d'improvvisa stanchezza nervosa.

Erichsen paragona il midollo colpito da un trauma al magnete, che, quando è colpito da un martello, perde immediatamente la sua forza magnetica. Così lo stimolo anormale, giungendo ad una serie di gruppi cellulari del midollo, farebbe perdere ad essi la loro funzione per un tempo più o meno lungo.

Valentin dimostrò che eccitando un nervo con corrente forte, questo diviene incapace a condurre uno stimolo portato alla sua parte superiore, stimolo che normalmente dovrebbe dare una contrazione muscolare.

Matteucci, Pfleuger, Dubois-Reymond ed altri ripeterono gli esperimenti ed ebbero i medesimi risultati.

Ma quale sia la natura intima della modificazione cellulare che avverrebbe nel punto del midollo colpito dallo stimolo perturbatore non è facile dire. Secondo gi studi di Van Gehuchten, Marinesco, Pergens e sopratutto del Lugaro, sembra che le cellule nervose reagiscano agli stimoli anormali con la disgregazione della sostanza cromatica, disgregazione che disturberebbe o abolirebbe temporaneamente o permanentemente la funzione delle suddette cellule. La sostanza cromatica avrebbe, perciò, l'ufficio di accumulare e svolgere energia nel corpo cellulare per i cambiamenti chimici che è capace di subire durante il passaggio dell'onda nervosa; e mentre gli stimoli ordinari non nuocciono, anzi sono necessari all'integrità anatomica e funzionale delle cellule nervose, gli stimoli esagerati possono determinare la disgregazione più o meno profonda della sostanza cromatica e arrecare disturbi alla funzionalità delle cellule stesse. A provocare tale disgregazione avrebbero influenza, oltre alle cause determinanti, anche quelle predisponenti: facile ipereccitabilità del sistema nervoso, emozioni continue, intossicazioni, disturbi circolatorî strapazzi, ecc.

Pertanto si può concludere che esistono casi in cui una lesione periferica in vicinanza della colonna vertebrale può dar luogo all'abolizio-

ne temporanea della motilità da un lato del corpo e della sensibilità dal lato opposto, e che il meccanismo di genesi di tale sindrome, avente la disposizione morfologica e funzionale, quantunque invertita, di quella che Brown Sequard constatò per lesioni di una metà laterale del midollo spinale, non dipenda da lesioni organiche del midollo, nè da disturbi della sfera psichica, ma da una lesione funzionale locale del midollo stesso.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BERNHEIM. *De l'anestésie hystérique, son mécanisme psychique*. Revue de méd., 1901, p. 193.

(2) BLUM. *Du choc traumatique*. Arch. gén. de méd., janvier 1876.

(3) BAITAILLE. *Traumatisme et neuropatie*, 1887.

(4) BRENER. *Ueber den psychiscen mechanismus hysteriscen phänomene*. Neur. Centr., n. 7, 1893.

(5) CHARPENTIER. *Dernières conceptions et définitions de l'hystérie*. Arch. de Neurol., n. 90, 1903.

(6) DELMAS. *Localisations spinales. Un cas d'hystéro-traumat.*, ecc. Arch. de méd., 1887.

(7) DUPONCHEL. *L'hystérie dans l'armée*. Revue méd., 1886.

(8) ERICHSEN. *On railway and other injures of the nervous system*. Londres, 1886.

(9) GEHUCHTEN. *L'anatomie fine de la cellule nerveuse*. XII Congrès de méd. Mosca, 1897.

(10) GIANNELLI. Rivista Ospedaliera, vol. V, numeri 9-10, 1915.

(11) LEYDEN. *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*. Paris, 1879.

(12) OSERETZKOWSKI. *Ueber hysteriche erkrankungen in der armée*. Medicinskoje Ebosrenije, n. 4, 1886.

(13) SÉRIUX. *Choc nerveux local et hystéro-traumatisme*. Arch. de Neur., n. 59, 1890.

(14) VIBERT. *La névrose traumatique*. Paris, 1893.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE DI S. OSVALDO
diretto dal magg. med. prof. C. FRUGONI.
(*Reparto chirurgico per lesionisti*).

La sutura precoce negli ascessi provocati.

Capit. med. S. MENGHETTI (capo-reparto) e ten. medico G. AQUILANTI (assistente).

È intento di questa nota di riferire in modo ad un tempo preventivo e sintetico (essendosi nella ritirata perduti i documenti statistici e di casistica) i risultati di un peculiare trattamento da noi istituito degli ascessi e talora anche flemmoni provocati, resultati che ci sembrano di non trascurabile pratica, importanza — e agli effetti strettamente militari in ispecie — in quanto che il processo di guarigione è in tal guisa siffattamente accelerato che la degenza ospedaliera di queste categorie di autolesionati viene abbreviata non di settimane, ma di mesi.

E veramente larga è l'esperienza nostra in merito, avendo la Direzione di Sanità della 2ª Armata, non solo molto opportunamente voluto accentrare gli autolesionati chirurgici in un unico reparto, onde avere unicità di metodo e di indirizzo, ma altresì impartite opportunissime disposizioni affinchè le forme sospette per provocate vi fossero inviate al più presto e — ove necessità non l'avesse imposto — senza preventivi interventi o trattamenti.

È ben noto del resto, indipendentemente anche da complicanti successive manovre colpose, il lunghissimo decorso di tali forme, con esito in cicatrici deformi, *perturbata functio*, ecc., sia che tratti di ascessi che di flemmoni provocati, distinzione che ci piace di mantenere non solo dal punto di vista anatomo-patologico, ma fino ad un certo punto e con relatività di criterio, anche eziologico. Poichè la benzina ad es. dà luogo di preferenza a vere raccolte sottocutanee di un liquido rossastro, gelatinoso, con scarsi cenci necrotici e coaguli in sospensione, mentre il petrolio produce con maggior frequenza forme di tipo flemmonoso, nelle quali è meno abbondante l'essudato plasmatico e cellulare e più intensa la necrosi dei tessuti con infiltrazioni a distanza del cellulare sottocutaneo e reperto di cenci biancastri; nell'un caso e nell'altro con vasti scollamenti, perdite di sostanze ecc. che danno ragione del lungo decorso.

Queste forme sono pertanto in gran parte sterili e tali per lo meno in genere ci resultarono quelle che giunsero non trattate, mentre

che allorquando gli ammalati giungevano con incisioni già praticate e dopo una o più medicazioni, fu non raro il riscontro di germi, ma notevole però la tendenza a la sterilizzaione spontanea, associando noi non di rado (più a scopo invero meccanico e detersivo che antisettico) in caso di flemmoni provocati, lavaggi con acqua calda iodata. Tali forme cioè, o sono e con asepsi scrupolosa si mantengono sterili o quand'anche secondariamente infette, mostrano tendenza a rapida sterilizzazione in senso clinico almeno e non strettamente batteriologico (1) chè il reperto di qualche germe ancorchè patogeno, ma di attenuata virulenza, non ha grande importanza.

Ciò posto, e dato il lunghissimo decorso che tali forme altrimenti assumono e la considerazione che di una peculiare categoria di ascessi chimici essenzialmente si tratta, venimmo nell'idea di tentare la sutura *precoce* delle incisioni chirurgiche o delle soluzioni di continuo comunque residue; e i risultati hanno nella realtà pienamente corrisposto all'aspettativa.

Constatata o ottenuta sterilizzazione della ferita, per il che bastano in genere pochi giorni, e premesso che per riparare alle perdite di sostanza è spesso necessaria plastica per scorrimento dei margini, previa accurata disinfezione della cute sui margini della ferita, si praticava sutura con seta a punti staccati o a sopraggitto, non lasciando in genere drenaggio. Drenaggio capillare però era lasciato quando da uno scollamento assai vasto la secrezione era stata oltre l'usato abbondante o la febbre (che in tali forme può anche mancare del tutto) per qualche giorno elevata.

In sesta, settima giornata i punti erano levati, così ottenendosi guarigione che si potrebbe chiamare *per prima intenzione secondaria*, sì che gli infermi anche se la lesione interessava interi segmenti d'arti potevano essere dimessi dopo 15-20 giorni all'incirca con un abbreviamento cioè di degenza non di giorni, ma di mesi. Non notammo complicazioni nè in genere riaccensioni del processo infiammatorio, nè termiche; solo raramente dovette qualche punto essere tolto, quando i margini della soluzione di continuo si mostravano in qualche tratto arrossati.

Si ottennero cicatrici solide, non retratte, indolenti.

Questi i dati di fatto sui quali ci riserbiamo di ulteriormente ritornare sulla base di più larga esperienza; sin d'ora però ci è sembrato utile e doveroso render di pubblica ragione un procedimento che ha sì diretta e pratica applicazione alla chirurgia castrense.

---

(1) Furono in ogni caso eseguite sistematiche indagini batteriologiche, istologiche, sierodiagnostiche: vedi Cap. Med. Cassella. *Sull'alessina del sangue e del contenuto ascessuale degli ascessi caldi e negli ascessi provocati con petrolio o con benzina.* Giornale di Medicina Milit. 917, fasc. XI (dall'Ospedal. Milit. S. Osvaldo - Udine).

MEDICINA SOCIALE.

La cheratite dei mietitori e i militari adibiti ai lavori della mietitura.

A proposito dello impiego dei militari nei lavori della mietitura, scrivo questa breve nota, onde richiamare l'attenzione del Governo su una grave malattia oculare, *la cheratite dei mietitori*, cui vanno incontro i contadini nel periodo della raccolta delle messi.

Non mi intratterrò sulla gravissima affezione oculare che segue alle ferite della cornea da *urti di spiga* e alle conseguenze, sempre più o meno funeste, risentite da un occhio colpito da un tale traumatismo.

Nel 35 % dei casi l'occhio va perduto, nel rimanente resta sempre compromesso nella sua integrità funzionale.

Da tempo gli oculisti, occupandosi della *cheratite dei mietitori*, hanno studiato e suggerito i mezzi per salvaguardare i poveri contadini dalla grave lesione, e han chiesto al legislatore che la suddetta malattia, *vero infortunio del lavoro*, fosse compresa tra le malattie professionali indennizzabili.

***

Fino ad oggi molti poveri contadini han perduto gli occhi a causa del lavoro di mietitura e nessuno li ha indennizzati del danno patito e delle giornate di lavoro perdute.

A proposito però delle esigenze della guerra, per cui i militari sono comandati per la mietitura, la quistione assurge ad un tratto alla sua vera importanza medico-legale; specie in riguardo alla responsabilità di tutela che ha lo Stato verso i cittadini chiamati alle armi.

Se un contadino mietitore, che presta l'opera sua volontariamente è vero, ma però costrettovi dalla necessità di vivere, non ha trovato ancora chi lo debba indennizzare del danno patito a causa del lavoro — ciò che da tutti oramai è ritenuta una ingiustizia verso una classe di lavoratori non meno benemeriti dei lavoratori delle miniere e delle officine — la quistione deve cambiare aspetto quando si tratta di militari che, a causa del lavoro di mietitura, al quale il Governo li obbliga, andassero soggetti alla grave affezione oculare.

In tali casi il Governo non può esimersi dal dovere d'indennizzare il militare mietitore, del danno patito, perchè si tratta in questo caso di *danno dipendente da causa di servizio.*

Girgenti, 16 giugno 1918.

Dott. L. ALAJMO.

DIVAGAZIONI.

Come Carlo Forlanini ebbe la prima idea dello Pneumotorace terapeutico.

(*Nell'ottobre* 1915, *in un lungo colloquio, a Nervi, il Maestro mi volle narrare come e quando gli nacque la prima idea dello Pneumotorace. Oggi la sua scomparsa rende significative queste. confidenze, contribuendo ad illuminare la geniale mentalità del Clinico di Pavia*).

Poco tempo dopo la laurea (che conseguì nel '70), Forlanini fu chiamato una sera nella casa dell'ing. Bianchi, che lo faceva ad ogni momento accorrere al capezzale di una sua figliola, gracile e frequentemente soggetta alle bronchiti. Era d'inverno. Il giovane dottore rimase a lungo presso il camino col padre della giovinetta, che, nella stanza attigua, era vegliata dalla madre.

L'ingegnere, uomo di salda cultura, modesto e riservato, aveva — dopo un lungo silenzio — aperto il discorso sul suo argomento preferito: la bronchite della figlia, la possibilità che alle frequenti recidive seguisse la temuta «malattia di petto». E il giovane dottore a rassicurarlo della possibilità di scongiurare il pericolo mediante opportune misure preventive; finchè, messo alle strette da una precisa domanda: «Perchè e come la bronchite può portare alla tisi?», si vide costretto, per salvare il decoro dello scienziato, ad una spiegazione improvvisata lì per lì con ampio corredo di particolari fisiologici, che naturalmente soddisfece a usura la curiosità dell'interlocutore.

Più tardi, congedatosi da' suoi clienti, la spiegazione improvvisata senza alcun preconcetto si ripresentò alla sua mente con tanta insistenza che il giovane medico non riusciva a prender sonno. Dovè alzarsi, prender la penna e scrivere per filo e per segno la sua spiegazione patogenetica della tisi, onde potere il giorno seguente — a mente riposata — giudicare se proprio, come gli pareva in quell'ora, essa non faceva una grinza e nascondeva nella sua seplicità quasi paradossale la chiave di un problema che tanto appassionava gli scienziati dell'epoca.

Perchè si era ai tempi — beninteso, di assai anteriori alla scoperta del Koch — nei quali trionfava la toria dualistica della tisi; nè fra i due tipi clinici, ben distinti se pur univoci, dell'affezione — tubercolosi polmonare e pneumonite caseosa — si sapeva trovare il nesso etiopatogenetico, quand'anche apparisse chiara la possibilità del comune esito in colliquazione: onde l'ipotesi ardita contenuta in quella prima stesura non avrebbe certo trovato consenso alcuno.

Fu più tardi, nel 1882, poco dopo la scoperta del virus della tubercolosi, che il Maestro ebbe fortuitamente a divulgare la sua concezione; concezione, che, si noti, fondata come era sur una interpretazione squisitamente meccanico-fisiologica dei fatti, avrebbe dovuto subire una scossa decisiva alla luce delle nuove indagini e conquiste, in tal campo, della batteriologia. È invece degno di ammirazione il fatto che già sin dall'ora lo scienziato non si preoccupò affatto della rivoluzione che la scoperta del Koch portava nella concezione patogenetica della tisi, e rimase attaccato alla sua idea, da cui nulla lo poteva ormai smuovere: quale si fosse la partecipazione del processo infettivo al quadro sindromico caratteristico, era per lui indubbio che la tisi polmonare trovasse la sua spiegazione in ben altre cause, squisitamente specifiche per il polmone e legate pertanto alla sua funzionalità motoria, all'atto cioè della respirazione. Una volta questo abolito, era tolta di mezzo la stessa possibilità d'insorgenza dei processi ulcerativi, meglio, distruttivi, e il quadro anatomo-patologico si riduceva ad una flogosi desquamativa e infiltrativa col suo decorso secondo i comuni concetti della patologia generale.

«La stessa eventualità del miglioramento, «sia pur precario, di gravi forme di tisi, qua- «lora avvenisse la perforazione della pleura «col consecutivo collasso polmonare, doveva «— così si esprime il Maestro — far pensare «da tempo che al germe come tale non po- «tesse darsi importanza esclusiva, se la sua «presenza appariva così funesta *solo finchè* «*il polmone respirava*».

Tornando alla pubblicazione or ora accennata, ricorderò che il Maestro — divenuto primario dermatologo all'Ospedale Maggiore di Milano — come redattore della «Gazzetta degli Ospedali», trovandosi un giorno di quell'estate 1882 sprovvisto di articoli per un numero della Rivista che doveva andar in macchina, pensò di girare la difficoltà col trarre dall'oblio, rimaneggiare e dare alle stampe quei suoi appunti, che — sapientemente diluiti — occuparono i numeri della Rivista dall'a-

gosto al settembre, col titolo: «Ablazione del polmone o pneumotorace artificiale?».

Ma la Nota non ebbe eco alcuna, forse perchè troppo ardita, innovatrice e quasi paradossale.

Solo più tardi le idee del Maestro dovevano, all'Università di Torino (presso la quale aveva vinto nel 1884 la cattedra di clinica medica propedeutica), trovare, oltre ad una prima sanzione teorica, la possibilità dell'attuazione pratica.

Seguire oltre la storia dei primi tentativi dello Pneumotorace sarebbe parafrasare gli scritti del Maestro di quell' epoca, risalendo così dal primo caso felicemente riuscito alla laurea del Dott. ***, il miglior allievo del Maestro, che nel 1890 presentava una dissertazione volta a spiegare il meccanismo patogenetico del processo tisiogeno quale il giovane insegnante aveva per la prima volta comunicato in una delle sue lezioni riassuntive. Nè sono ignote le obbiezioni e le polemiche, che da allora non ebbero più fine.

Ma l'incrollabile fiducia e l'irreducibile orgoglio del disdegnoso scienziato perseguirono e l'idea e il metodo su, su, fino al riconoscimento universale del Congresso di Roma nel 1912.

P. R.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA

Le forme dolorose delle cisti idatidee del fegato.

(A. CHAUFFARD. *Ann. de Méd.*, nov.-dic. 1917).

L'echinococcosi epatica non è, nel senso vero della parola, una malattia del fegato: essa è la conseguenza d'un innesto parassitario accidentale, che s'impianta e si sviluppa nel parenchina epatico, insidioso e lento, ben tollerato per lungo tempo, e di cui il malato non ha coscienza che tardivamente, quando la tumefazione raggiunge un volume eccessivo, fastidiosa per il suo peso e constatabile obbiettivamente. Tutta l'evoluzione della malattia può compiersi senza il menomo dolore, anzi la forma indolora si può dire è il tipo classico della malattia, sì da farci ritenere che il volume d'una cisti epatica, per quanto essa sia considerevole, non costituisce per sè una causa sufficiente a determinare il dolore.

Non sempre le cose però si svolgono così semplicemente: interviene talora il sintoma dolore, che assume gradi, forme, modalità differenti; ma allora alla cisti si aggiungono altri elementi, a determinare i quadri di malattia dolorosa.

Una prima causa consiste nelle *reazioni infiammatorie di vicinanza;* una periepatite, una epiploite possono determinare delle crisi passeggere o prolungate di dolore. Ed allora non solo il fatto subbiettivo si aggiunge, ma la complicanza provoca talora obbiettive, strane deformazioni nella tumefazione idatidea.

In un caso una briglia epiploica trovata durante l'atto operativo, spiegava un episodio di dolore sordo nella regione epatica, durato per una diecina di giorni; in un altro con i dolori si associarono deformazioni tali che fecero pensare ad una cisti multipla: i dolori erano continui, si esacerbavano alla pressione, la palpazione del fegato permetteva di constatare delle tumefazioni dure, renitenti, separate l'una dall'altra da un leggero solco. Orbene, il dolore e la lobulazione della cisti erano l'effetto di una unica causa: la suppurazione lenta della cisti aveva determinato una zona di periepatite sclerotica, che aveva resistito nelle parti più dense, e ceduto invece nelle zone meno spesse e meno fibrose, attraverso le quali la cisti con la sua pressione aveva fatto ernia: il dolore infiammatorio e la deformazione erano l'effetto dell'infiammazione periepatica.

Ma il dolore può avere ben altro carattere, se pure esso è raro: esso può essere determinato dalla *pura compressione* della cisti su tronchi nervosi e mantenere quindi i caratteri propri del dolore da compressione. In una malata il dolore intercostale è a destra ed insorge quando la malata si alza da letto e nel vestirsi indossa il corsetto, scompare se si toglie il corsetto. Il dolore dopo qualche tempo si estende alla regione lombare e s'irradia lungo la faccia esterna della coscia destra.

Il meccanismo e la localizzazione del dolore trovano facile esplicazione nella presenza di una cisti molto voluminosa, che preme quando è spinta dal corsetto sul plesso lombare, a livello della 1ª e 2ª radice lombare. Da esse hanno origine il femoro-cutaneo, il grande e piccolo addomino genitale: le irradiazioni dolorose erano infatti nelle zone di distribuzione di questi nervi: faccia antero-esterna della coscia fino al ginocchio, e parte postero-esterna della coscia. Tale forma di dolore nelle cisti idatidee del fegato è rarissima e presuppone una cisti molto voluminosa non solo, ma che si svolge verso la parte postero-superiore del fegato.

La forma più interessante per il clinico invece, se non la più frequente, è la forma *pseudo-calcolosa* (Quénu).

A scadenza più o meno lunga insorgono crisi acute e violente di dolore in piena regione epatica, con irradiazioni verso la spalla, con vomito, talora con feci acoliche o ipocoliche, con coluria, ittero d'intensità e durata variabile. Tali crisi si possono ripetere e conducono in facile errore chi si voglia contentare della suggestiva storia del malato e non dell'esame obbiettivo oculato.

L'esperienza di osservatori accurati se non numerosi, il controllo operatorio hanno dimostrato che la colica epatica è legata non a complicazioni nello sviluppo della cisti, ma alla *sede* della cisti stessa: infatti qualche volta il coledoco si trova invaso di vescicole, qualche volta è la cisti in sè, multiloculare o non, che preme su uno o più dotti epatici.

Nel primo caso sorge la questione, non poco importante agli effetti della terapia, della patogenesi: come sono arrivate le vescicole nel lume del coledoco?

Naturalmente nei casi in cui la localizzazione unica è nel coledoco, non si può pensare che ad uno sviluppo primitivo della cisti intrabiliare. Ed una simile interpretazione è plausibile con i resultati ottenuti dalle esperienze di Devé, il quale ha dimostrato che «la vena porta costituisce la grande porta d'entrata del parassita idatideo per arrivare al fegato». Ma l'immigrazione portale può seguire altre vie, e noi conosciamo le connessioni che mettono in rapporto diretto le vene della vescichetta e la vena porta: le vene cistiche superficiali della faccia inferiore della vescichetta si riuniscono in due tronchi che si dirigono verso il solco trasverso del fegato e di là sboccano nella branca destra della vena porta; le profonde partono dalla faccia superiore della vescichetta e formano un sistema portale accessorio, direttamente anastomizzato col reticolo portale epatico. Senza dubbio sono vie esigue e tortuose, e solo per eccezione il germe può penetrarvi, ma la rarità clinica è d'accordo con il fatto anatomico. Questo ad ogni modo ci spiega come il germe possa arrivare eccezionalmente alla vescichetta e al doledoco, così come arriva per la porta d'ordinario nella zona periferica del lobulo epatico.

Nei casi in cui, oltre alle vescicole ostruenti il coledoco, esiste un'altra grande cisti del fegato, si può pensare che per la rottura della cisti nelle vie biliari le vescicole s'insinuino nelle grosse vie biliari e pervengano nel coledoco. Ma in un caso in cui le due condizioni esistevano, al controllo operatorio non si potè constatare nessuna comunicazione tra la grande cisti e i biliari, e nemmeno una prossimità anatomica; nè un grosso canale biliare aperto, nè contenuto biliare nella cisti, nè colerragia post-operatoria. Anche in questo caso bisognava pensare che le cisti del coledoco erano nate intrabiliari.

La cisti unica o multipla può premere sui dotti biliari per la sua posizione; una cisti multipla ci può rendere ragione d'un ittero passeggero ed incostante con fenomeni dolorosi transitorî; una cisti unica secondo alcuni osservatori poteva dare la spiegazione del dolore e dell'ittero per la sua sede nel lobo di Spigelio, per esempio (Tuffier). Ma in verità la cisti solitaria, dovunque situata, comunque grande, può provocare le medesime reazioni dolorose; nè si può pensare ad una associazione delle cisti e della calcolosi, perchè operata la cisti, i malati guariscono e definitivamente dei dolori colici.

In mancanza di una spiegazione, che abbia il fondamento in un fatto constatato, bisogna domandarsi se non si possano produrre, nel corso dell'echinococcosi epatica, delle «crisi di biliospasmo doloroso, provocate da un riflesso che ha per punto di partenza l'azione irritante locale esercitata dalla cisti idatidea e dalla diffusione della sua tossina sui grossi canali biliari pericistici, e per punto d'arrivo la vescichetta e l'insieme delle vie biliari extraepatiche.

In fondo si tratterebbe di un riflesso bilio-vescicolare: ma comunque si voglia interpretare la patogenesi del sintoma, resta un fatto indiscutibile che la cisti idatidea del fegato può dare occasione all'insorgenza di coliche epatiche a tipo calcoloso; la nozione accertata di tali coliche ci indirizzerà ad una giusta diagnosi e servirà per metterci sull'avviso, a seconda che il fegato sia grande e presenti i classici sintomi dell'echinococcosi, oppure sia piccolo e la diagnosi differenziale non possa essere poggiata su elementi obbiettivi utili.

T. PONTANO.

CHIRURGIA.

Sul trattamento delle ferite di guerra.

(F. A. BESLEY. *Surgery-Ginecology and Ostetrics*, gennaio 1918).

L'A. premette che il curare le ferite di guerra è arte più che scienza. Egli nel suo reparto ha usato il metodo asettico e il metodo antisettico, adoperando per quest'ultimo il liquido di Dakin e il «b. i. p.» (un composto usato nell'esercito inglese formato col 50 % di jodoformio, col 25 % di sottonitrato di bismuto e col 25 % di

paraffina). Secondo l'A., tutte le ferite di guerra sono, se non in atto, almeno potenzialmente infette. L'entità dell'infezione è proporzionale al disturbo circolatorio prodotto localmente dal trauma e alla quantità e alla qualità dei corpi estranei portati in seno ai tessuti dall'agente vulnerante. Si comprende quindi facilmente come le ferite prodotte da pallottola di fucile o di mitragliatrice o da palletta di shrapnel rimangano spesso sterili, e se infette non producano una così grave reazione nei tessuti circostanti.

Dice il Besley che tutte le ferite di guerra sono infette con germi sia aerobi che anaerobi. L'organismo si difende colla formazione di anticorpi e per mezzo dei fagociti che vengono portati colla corrente sanguigna o forniti dalle cellule fisse. Un trattamento logico e ideale dovrebbe consistere nel cercare di mantenere e accrescere le forze difensive dell'organismo e di distruggere i germi patogeni.

Un mezzo per ottenere questo non si conosce ai nostri giorni, tanto più se si considera che non sono i germi che si trovano su una superficie granulante, ma quelli annidati profondamente, negli spazi linfatici, che producono la distruzione dei tessuti.

Il Besley dichiara che più cresce la sua esperienza e più egli si convince dell'importanza massima di mantenere la nutrizione dei tessuti lesi. È il pus compresso in una cavità chiusa quello che sopratutto contribuisce a ostacolare la circolazione nei tessuti circostanti e che maggiormente danneggia l'organismo favorendo l'assorbimento delle tossine.

Il Besley riporta le seguenti conclusioni di Policard e Philips, i quali hanno accuratamente studiato le ferite di guerra per quello che riguarda lo sviluppo dei germi e la reazione dei tessuti:

1° A un esame microscopico di una ferita che data da cinque ore, si vedono coaguli sanguigni che racchiudono fibre di stoffa, fibre lacere di connettivo, nuclei più o meno alterati, fibre muscolari traumatizzate. Non vi è alcuna infiltrazione di leucociti.

2° Dalla quinta alla nona ora si cominciano a notare polinucleari neutrofili, grandi mononucleari e linfociti. Le parti maggiormente lese dal trauma cominciano a mostrare segni di degenerazione.

3° Fra la nona e la dodicesima ora appaiono alcuni grossi batterî — in generale il *b. perfringens* e il *b. aerogenes capsulatus.* — Si notano presso le fibre di stoffa e nei coaguli che le contengono.

4° Dopo la dodicesima ora si possono osservare tre fatti dipendenti l'uno dall'altro:

a) i microrganismi si moltiplicano e si diramano fuori delle fibre di stoffa;

b) vi è una produzione di polinucleari neutrofili che sono solo in piccola parte fagociti;

c) i leucociti sono colpiti da fatti degenerativi e trasformati in corpuscoli di pus. Dato il loro numero limitato la quantità di pus è scarsa.

I fenomeni sopra descritti vanno facendosi sempre più imponenti dalla ventesima alla trentaseesima ora.

Quasi sempre dopo quarantotto ore si nota la comparsa degli anaerobi, favorita dal rigoglioso sviluppo degli aerobi, i quali assorbono l'ossigeno del mezzo ambiente.

Naturalmente tutti questi fatti possono variare secondo la virulenza dei germi e il grado del disturbo circolatorio. È chiaro quindi, che una accurata toilette dovrebbe essere fatta a tutte le ferite il più presto possibile. Il Besley è di opinione che non convenga toccare le ferite con un piccolo foro di entrata e di egresso. Basta una medicatura asciutta a piatto. Nelle larghe ferite prodotte da un proiettile di forma irregolare, egli insiste acciocchè venga praticata una scrupolosa pulizia di tutti i corpi estranei e una precoce e completa escissione di tutti i tessuti contaminati e contusi, o che non appaiono sufficientemente nutriti, senza badare se si tratti di cute, sottocutaneo, muscoli o ossa. Così facendo si può in molti casi suturare la ferita e avere una guarigione per prima. Questo trattamento però non è consigliabile per le ferite profonde della coscia: qui è meglio passare i punti e aspettare a annodarli dopo quarantotto ore se non esiste reazione.

Nel caso di una ferita infetta con suppurazione in atto, la prima cosa da fare è drenare adeguatamente. L'A. insiste nel raccomandare di incidere ampiamente e senza riguardo ad alcun tessuto pur di impedire il ristagno del pus. Bisogna anche asportare accuratamente tutte le parti cadute in necrosi.

Previene però dall'escidere i margini delle ferite infette perchè ritiene che fra i tessuti sani e i tessuti infiammati si stabilisca una barriera che non conviene disturbare. Se si può è meglio fare a meno dei drenaggi di gomma o di garza. Qualora si voglia impedire il saldamento di due superficie basta interporre un po' di garza paraffinata.

Il Besley non crede nell'efficacia dei lavaggi con antisettici; sconsiglia il « b. i. p. », l'uso del quale ha spesse volte prodotto fra i suoi feriti avvelenamenti da bismuto e nefriti emorragiche. Crede dannosa l'abitudine di fasciare le ferite con garza e cotone. Egli lascia le ferite

venti ore al giorno scoperte, protette solo da uno schermo per difenderle dalle mosche. Talvolta mette sotto lo schermo una lampadina elettrica, per mantenere le ferite in un ambiente caldo. Per due periodi di due ore ciascuno, ogni giorno, sulle ferite viene applicato un impacco caldo, oppure tutta la parte viene immersa in un bagno caldo.

Egli crede che il liquido di Carrel-Dakin applicato con cura e cognizione possa rendere grandi servigi qualora si voglia suturare secondariamente una vasta ferita. I germi che esistevano negli spazi linfatici profondi, o vengono distrutti dai mezzi naturali di difesa dell'organismo, o vengono alla superficie col siero essudato. Il liquido di Carrel-Dakin serve appunto a mantenere sterile una superficie granulante.

Il Besley conclude dicendo che è difficile per non dire impossibile per tutti gli ospedali della zona di guerra avere personale e mezzi per applicare con sicurezza e efficacia il metodo di Carrel; e, che non dovendosi procedere a suture secondarie, il miglior mezzo che possediamo oggi per curare le ferite infette, quello che dà più sollievo al malato, che favorisce di più i processi di granulazione, è il trattamento asettico all'aria aperta. *m. a.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

Seduta del 27 gennaio 1918.

Presiede il *Presidente* prof. VINCENZO DE GIAXA.

Un caso di sporotricosi.

Prof. RODOLFO STANZIALE. — Dato lo scarso numero di casi di sporotricosi finora osservati in Italia (in tutto 13) e dell'assoluta mancanza di essi nel Mezzogiorno, l'O. crede utile comunicare l'osservazione che è stata ogetto del suo studio, anche perchè essa offre la particolarità che il processo morboso si è svolto in una sede finora giammai rilevata.

Il caso riflette un uomo di anni 46, di robusta costituzione, floridamente nutrito, della provincia di Benevento, proprietario, dimorante per lo più in campagna. Nulla di importante nei precedenti Va soggetto ricorrentemente a erpete prepuziale.

Ai primi del giugno ultimo si avvide di alcune erosioni prepuziali e credette di essere affetto del solito erpete, ma poichè le lesioni, a differenza delle altre volte, ritardavano a guarire, si decise a farsi osservare.

Si rilevava allora (18 giugno) nella parte superiore mediana del foglietto prepuziale interno una piccola chiazza di forma presso che circolare, grande quanto un centesimo, in corrispondenza della quale la mucosa presentava un colorito roseo più vivo del normale, a limiti non netti, ed una certa infiltrazione di consistenza come pastosa, con limiti non molto precisi: nel campo di questa zona iperemica ed infiltrata si distinguevano piccole e superficiali erosioni, consecutive evidentemente alla rottura di piccoli elementi eruttivi vescicolari.

Dopo pochi giorni alla notata infiltrazione seguiva lo sviluppo nel connettivo sottocutaneo di un nodulo grande quanto un grosso cece, di consistenza pastosa, indolente.

Più tardi (7 luglio) il nodulo raggiungeva la grandezza di una piccola avellana, determinando partecipazione del processo ai vasi linfatici e, successivanente, ai gangli linfatici inguinali.

Siero-reazione di Wassermann negativa.

Dopo una trentina di giorni dal suo inizio il nodulo subiva una fase di rammollimento, aprendosi spontaneamente all'esterno, dando uscita ad un liquido vischioso, quasi trasparente. Da tale prodotto vennero allestiti preparati microscopici e fatti tentativi di cultura sul terreno di Sabouraud. Dei preparati microscopici, colorati con la miscela di eosina e bleu di metilene, uno solo mostrò la presenza di corpicciuoli colorati intensamente in bleu, extra- ed endo-cellulari, con un alone chiaro.

I tentativi di cultura fallirono.

Dopo alcuni giorni essi furono ripresi, allargando con un bisturì il piccolo orificio di apertura spontanea e raschiando, attraverso di esso, le pareti del cavo ascessoide con un piccolo cucchiaino del Volkmann.

Col materiale di raschiamento furono praticati innesti sul terreno di Sabouraud, ottenendo in un solo tubo lo sviluppo caratteristico dello *sporotrichum Beurmanni.*

La sporo-agglutinazione eseguita sull'infermo è stata negativa, ciò che non può infirmare la natura specifica del germe, dovendosi tener conto della limitazione della lesione, forse della breve durata della stessa ed anche della scarsezza del germe riscontrato.

Per saggiare la virulenza del germe è stata praticata una inoculazione intraperitoneale in una cavia col materiale proveniente da una cultura: l'animale è morto dopo 37 giorni, facendo rilevare glandole linfatiche ingorgate, milza ingrossata, fegato congesto e disseminazione di piccoli noduli miliari di colore grigio nei polmoni.

L'autore, discutendo largamente le ragioni per le quali nel caso in esame andavano escluse la sifilide e la tubercolosi, dimostra in base al reperto microscopico del prodotto rilevato direttamente dalla lesione e alla ricerca culturale, trattarsi di una sporotricosi, e, fra le varietà cliniche di questo processo, a quella forma descritta sotto il nome di *sporotricosi linfoangioitica gommosa,* in cui il processo ha, nei casi registrati finora, interessato esclusivamente gli arti superiori.

Questa osservazione fornisce la prova sperimentale della poca probabilità del contagio da uomo a uomo, giacchè l'ammalato ha avuto frequenti rapporti sessuali con la stessa donna, anche nel periodo in cui la lesione era aperta, senza che si sia avuto alcun accenno a trasmissione.

L'A. ritiene che l'infezione sia avvenuta attraver-

so le erosioni della mucosa prepuziale, consecutive all'erpete prepuziale, fondando tale ipotesi sul fatto che, vivendo l'infermo in campagna e avendo l'abitudine di raccoglier frutta, sulle quali lo *sporotrichum* vegeta soprofiticamente, abbia accidentalmente determinato nei contatti con l'asta la inoculazione del germe.

Dalle osservazioni dello Stanziale risulta:

1° tra le sedi della sporotricosi va segnalata anche quella dell'asta virile;

2° la presente osservazione costituisce il primo caso, finora descritto, di sporotricosi nel Mezzogiorno d' Italia;

3° essa contribuisce sperimentalmente ad avvalorare la poca probabilità del contagio da uomo ad uomo;

4° la inoculazione del germe sarebbe avvenuta attraverso erosioni epiteliali consecutive ad erpete prepuziale.

Correlazioni funzionali in rapporto alla chirurgia del pancreas.

(*Studi sperimentali*).

Prof. Nicola De Dominicis. — Dice che il rapido sfacelo dell'organismo, che più o meno rapidamente consegue alla soppressione totale del pancreas in un sol tempo, dovrebbe imporre ai chirurgi la più severa riservatezza nella demolizione di questa glandola.

Da recenti esperimenti dell'autore risulta che, togliendo soltanto una parte del pancreas, il rimanente si distrugge a poco a poco da sè stesso: e questa lenta distruzione della glandola determina un adattamento siffatto da permettere all'organismo di vivere bene e nutrirsi regolarmente, senza la nota sindrome del diabete grave. S.

R. Accademia Medica di Palermo.

Seduta del 7 marzo 1918.

Tumori benigni multipli primitivi delle tonsille palatine.

Prof. Santi Pusateri. — In un precedente «Contributo allo studio dei carcinomi multipli primitivi» (1) ho accennato che sebbene non fossero state rare in questi ultimi anni le comunicazioni casistiche intorno alla molteplicità dei tumori in uno stesso individuo, pure tale affezione costituisce sempre una coincidenza non comune a riscontrarsi.

I casi sinora registrati nella letteratura riguardano, per ordine di frequenza, carcinomi di organi diversi ma dello stesso sistema, come esofago e stomaco, stomaco ed intestino, lingua e faringe, o di organi posti a distanza ma in qualche rapporto fisiologico, come utero e mammella, o infine di organi che non hanno alcuna diretta relazione fra di loro.

Il caso presente, caduto sotto la mia osservazione durante il servizio militare, sembrami degno di nota anche perchè pare confermi la teoria della origine di certi tumori da inclusione di elementi durante lo sviluppo embrionale.

Trattasi di un soldato della classe 1897, iscritto al Consiglio di leva di Alcamo (Prov. di Trapani), il quale venne all'osservazione per anomalia congenita del padiglione destro con atresia del condotto. Era sano in tutti gli altri organi e sistemi e pur non accusando alcun disturbo della gola, alla faringoscopia presentava tre tumoretti impiantati sulle tonsille palatine, due sulla destra ed uno sulla sinistra. Dei due tumori della tonsilla destra, uno grosso quanto un seme di mandorla, inserivasi con larga base sul polo superiore di questa, ed aveva colorito roseo e superficie rugosa, l'altro era impiantato qualche centimetro più in basso a mezzo di un sottile peduncolo lungo circa 20 millimetri, ed aveva la grandezza di un seme di nocciola, forma rotonda, superficie liscia e colorito giallo splendente.

Con eguale peduncolo, dal polo superiore della tonsilla sinistra, si dipartiva il terzo tumoretto, della grandezza di un cece, il quale aveva forma sferica e colorito roseo tendente al giallastro.

I tumori furono asportati con tratti di forbici, e sottoposti allo esame istologico.

Risultò che le due masse peduncolate erano costituite da due tessuti: uno chiaramente epiteliale periferico, e l'altro centrale formato da connettivo adulto fibroso alla periferia e lasso verso il centro, ove assumeva i caratteri di tessuto adiposo (*tumori fibro-epiteliali*). La terza massa (della tonsilla destra) sessile, presentava un rivestimento epiteliale piatto stratificato, ed in tutto il resto era costituita da un tessuto nettamente e chiaramente glandolare, i cui elementi epiteliali in alcuni acini avevano nucleo ben conservato e protoplasma omogeneo, in altri, andando incontro a vacuolizzazione del protoplasma ed a spostamento del nucleo verso la base, giungevano a formare delle lacune costituite da una massa reticolare priva di nuclei, colorita in bluastro (*tumore misto fibro-epiteliale ed adenomatoso*).

Scorrendo la letteratura della specialità otorinolaringologica trovasi che solo il Tanturri nel 1902 ha descritto un adenoma a punto di partenza della tonsilla sinistra, e questo autore ha affermato essere unico il caso da lui registrato. Comunque, fra i tumori benigni delle tonsille, l'adenoma deve esser molto raro, se si considera che gli stessi Trattati di anatomia patologica speciale, come il recentissimo del Kauffmann, non fanno cenno delle forme adenomatose delle tonsille palatine.

Il presente caso è anche importante:

1) per il reperto accidentale dei tumori impiantati sulle tonsille, dei quali nemmeno i peduncoli arrecavano disturbo alcuno al portatore;

2) per la presenza dei due tumori benigni fibro-epiteliali, laterali, in due organi pari;

3) per coesistenza di un tumore pure benigno, di natura e struttura diversa, accanto ad uno dei precedenti, in medesimo organo e nello stesso individuo.

Si potrebbe pensare ad uno sviluppo di natura blastomatosa di elementi epiteliali rimasti inclusi durante lo sviluppo embrionale nella tonsilla: ipotesi avvalorata da un'anomalia di conformazione nella metà destra della testa (riduzione del padiglione auricolare ad un'appendice pressochè informe con atresia del condotto). S. P.

(1) Vircow's Archiv, 204 Band, 1911.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Errori diagnostici nelle malattie dei vecchi.

Nascher (cfr. *Edinburgh medical Journal*, ottobre 1917) riconosce che gli errori principali che si commettono nelle malattie dei vecchi, consistono nel considerare le degenerazioni senili come malattie, a cui possono somigliare, mentre a sua volta la malattia viene oscurata dalle manifestazioni della senilità, dalla difficoltà di raccogliere l'anamnesi, da sintomi mal definiti e da cattive interpretazioni dei sintomi e dei segni.

Il fatto di non riconoscere l'atonia, la perdita di fibre muscolari, e la fibrosi che determina l'*arteriosclerosi*, conduce a tentativi inutili di cura.

È sempre possibile diminuire l'alta pressione sanguigna, ma con ciò non si rifà il tessuto degenerato.

Nel differenziare l'arteriosclerosi senile dalla patologica, occorre considerare l'eziologia, i sintomi ed i risultati del trattamento. Se essa è primaria, si manifesta nell'età avanzata, progredisce lentamente ed è associata con flebosclerosi, cirrosi renale ed altri segni di senilità. La pressione sanguigna sistolica segue la formola: età del paziente più 100 millimetri. Gli joduri riducono la pressione, ma sopravvengono segni di jodismo e si deve interrompere il rimedio, sicchè la pressione risale all'altezza normale per l'età del paziente.

Diverse *visceroptosi*, normali nei vecchi, e dovute alla flaccidità del diaframma ed all'atrofia delle pareti addominali, sono spesso trattate come malattie a sè. Così la gastroptosi e la dilatazione gastrica rappresentano le condizioni normali dello stomaco senile. Il fegato si abbassa e può scendere sotto l'ombelico; l'enteroptosi è la regola e contribuisce generalmente alla costipazione senile. Le cause principali consistono nella peristalsi diminuita per atonia, distruzione delle fibre muscolari e diminuzione di secrezione intestinale. Tutte queste ptosi possono venir migliorate con supporti meccanici, ma non possono venire in alcun modo curate.

L'*enfisema senile* con la sua ambascia respiratoria e con sintomi generali di difficoltà d'aerazione viene talvolta trattato come una malattia. I suoi progressi possono venire ritardati vivendo in una buona atmosfera, priva di polveri, ma nulla potrà rimettere a nuovo i setti alveolari distrutti.

Dopo che il paziente è stato disteso supino, si notano alcuni rantoli nel momento che egli si mette in posizione seduta, ma non più tardi; questo fatto è dovuto all'aprirsi degli alveoli, che erano stati compressi durante la posizione supina.

L'*ipertrofia cardiaca*, condizione abituale nei vecchi, rappresenta un compenso per la perdita di elasticità delle arterie e l'aumento di resistenza periferica.

Anche la *degenerazione intestinale* dovuta alle cause sopra accennate non deve essere trattata come una malattia; se un individuo ha una scarica alvine spontanea ogni due o tre giorni, è inutile cercare di ottenerne una al giorno, come nelle persone normali; il trattamento è invece necessario, quando si tratta di particelle di cibo indigerite che impiegano parecchi giorni a passare per l'intestino.

L'*artrosclerosi senile* è un esempio della degenerazione senile che viene spesso presa per una vera malattia. Frequentemente ne viene affetta l'articolazione tibio-tarsica. Le articolazioni non sono tumefatte nè dolenti alla pressione; il dolore diminuisce dopo un po' di movimento, mentre il movimento prolungato provoca dolore ed aumenta la rigidità.

Anche il *rene senile* viene spesso confuso con la nefrite interstiziale; le modificazioni istologiche consistono in una fibrosi uniforme, mentre nel rene ammalato vi sono delle aree di iperplasia, accento ad altre di degenerazione dei tubuli. Nel rene senile si possono trovare delle tracce di albumina, mentre vi sono assenti i cilindri ed il sangue.

Anche la *miofibrosi senile* è spesso giudicata una miocardite cronica; ora mentre questa è una forma secondaria, la prima è sempre primaria; i suoi antecedenti sono l'ipertrofia cardiaca e l'arteriosclerosi. In ambedue le forme l'azione cardiaca si fa irregolare dopo l'esercizio e regolare dopo il riposo; mentre però questo rinforza tale azione nella miocardite, non esplica questo effetto nel cuore senile. L'azione della digitale è buona e spesso durevole nella miocardite, mentre è leggera ed effimera nel cuore senile: all'autopsia si nota pigmentazione nella prima e non nella seconda.

Il *fegato senile*, più piccolo e più duro che nell'età matura può venir confuso con l'ultimo stadio della cirrosi. Gli sfregamenti pleurici dei vecchi sono dovuti semplicemente al disseccamento di essudato.

Un leggero *tremore*, manifestazione tardiva dell'involuzione senile, può venir confuso con la paralisi agitante; esso si presenta più tardi

che questa e senza l'andatura e l'aspetto caratteristici.

Le *malattie infettive* sono rare e sempre gravi; piuttosto il vecchio è un portatore, raramente poi si osserva la curva febbrile tipica. Il dolore è spesso assente in malattie che sono invece dolorose in altre età; viene piuttosto accusato un malessere generale, ma raramente il dolore viene localizzato. I riflessi sono incerti e possono venire alterati in tutti i sensi nei vecchi.

La senilità può nascondere i segni di malattia; il vecchio diventa generalmente più tollerante; ora, quando si lamenta di essere ammalato, e diviene inquieto, irritabile con sonni cattivi, si è certo in presenza di qualche malattia, sebbene sia spesso difficile rilevarne sintomi netti.

Una sorgente frequente di errore consiste nei dati anamnestici, che, per l'indebolimento della memoria, possono venire difficilmente raccolti. I sintomi presenti possono venire esagerati od inventati, oppure anche soppressi o negati, specialmente se vi è il timore per qualche atto operativo.

I segni seguenti si prestano ad un'interpetrazione fallace:

Temperatura. Generalmente bassa: 37°,2 nella bocca deve essere considerata già di oltre un grado sopra la norma.

Polso. Nell'arteriosclerosi con miofibrosi si nota un polso duro ed irregolare, in quanto che alcuni battiti vengono perduti nella trasmissione.

Pressione sanguigna. La formola età più 100 indica che la degenerazione arteriosa e l'ipertrofia cardiaca procedono normalmente.

Dolore. È sempre molto incerto; l'anestesia può essere dovuta ad insufficienza mentale.

Occhi. Pupille generalmente ristrette; un vecchio presbite che guarda un oggetto vicino, senza gli occhiali, ha un aspetto sofferente.

Faccia. Generalmente pallida e gialliccia; vi possono essere delle aree di congestione agli zigomi, che rassomigliano a quelle della polmonite. Può essere bruna e secca anzichè pallido-umida nei tubercolotici.

Impulso cardiaco: può sembrare forte negli spazi intercostali, in causa dell'atrofia muscolare; la sola guida per il giudizio sulle condizioni cardiache deve essere costituita dalla qualità dei suoni.

Esame fisico toracico: dà quasi sempre risultati differenti che nei giovani, perchè il torace senile, per ossificazione delle cartilagini costali, si trasforma in un tubo rigido, che vibra *in toto*, sia per quanto riguarda la trasmissione della voce, sia per quanto concerne la risonanza su zone che dovrebbero essere ottuse.

Vertigine. Se è dovuta all'arteriosclerosi, si presenta ad intervalli irregolari e non è influenzata dalla luce, dai suoni, dalla posizione: parecchi casi sono dovuti a disturbi gastrici.

Incontinenza. Sia per le feci che per le urine può essere dovuta a perdita del controllo mentale subcosciente ed indica insufficienza mentale, sebbene le facoltà ragionanti sembrino sane.

Milza. Generalmente molto atrofica.

Crisi gastriche. Spesso i vecchi si lamentano di dolore allo stomaco, verso destra, ciò che può far pensare ad una calcolosi epatica; frequentemente si tratta invece di arteriosclerosi addominale; si verifica in età più tarda che la calcolosi e non è accompagnata nè da itterizie nè da feci scolorate.

FIL.

Le preoccupazioni intestinali dei vecchi.

È questa una sindrome, che si manifesta spesso durante l'evoluzione della senilità regolare o morbosa, e che si osserva in tutta la sua ampiezza nella demenza senile, nell'arteriosclerosi e nel cardio-brightismo con manifestazioni cerebrali. Questi vecchi, più frequentemente uomini che donne, consultano il medico al solo scopo di raccontargli i loro disturbi intestinali. Trattasi di solito di una sedicente impossibilità di una completa evacuazione; la costipazione diventa per questi individui un tormentoso oggetto di inquietudine, e costituisce per essi la causa di tutti i loro guai. Piccoli disturbi d'origine arteriosa, o legati a meiopragie viscerali, indisposizioni passeggiere, ecc., tutto viene ricondotto ad un'unica interpretazione.

A nulla vale la persuasione, nè meno difficile è il convincerli che l'intestino non sopporta senza reagire i traumatismi imposti dai purganti, lassativi, enteroclismi, suppositori, ecc. Ne proviene una serie di complicazioni, di natura irritativa, come false diarree per le quali si ha spesso ingestione di oppiacei od astringenti, che imbrogliano ancor più la situazione. Localmente si possono avere svariate complicanze, quali prurito, eritemi, tenesmo, anoprostite, ecc., gli sforzi reiterati facilitano la fuoriuscita di ernie.

Questi vecchi, nella dissoluzione della loro personalità finiscono per non avere più pensieri che per le loro ingestioni ed evacuazioni.

Il tubo digerente solo sembra sopravvivere, come se questo elemento fondamentale e primitivo della vita vegetativa avesse acquisito una maggiore resistenza.

Come il neonato, essi non sono più rimasti che stomaco ed intestino e si può dire che, anche in questo senso, sono ricaduti nell'infanzia.

L'analisi dello psichismo di tali soggetti fornisce (P. Merklen, *Paris médical*, 21 luglio 1917) la spiegazione di questi fatti.

Viene in prima linea l'indebolimento intellettuale: la diminuzione dell'autocritica li condanna a subire passivamente le loro sensazioni, di cui non controllano il valore. Anche gli errori d'interpretazione rientrano in questo ordine di idee.

Il rimanere una giornata senza defecare costituisce per essi una grave minaccia; oppure le feci emesse non sono in rapporto con la quantità degli alimenti ingeriti e se ne trae da ciò un oscuro presagio.

Anche le facoltà volontaria e mnesica esercitano la loro influenza, in quanto che l'unico modo per vincere questo stato di cose sarebbe uno sforzo di volontà; d'altra parte, poi, per la facile amnesia, questi vecchi dimenticano le loro evacuazioni, accusando talora una costipazione, che in realtà non esiste. Spesso poi essi suppliscono le lacune della memoria con l'immaginazione, che, diretta sempre verso una idea dominante, li incaponisce maggiormente in essa. Siccome poi il campo della loro ideazione va restringendosi sempre più, essi finiscono per ripetere gli stessi concetti con la monotonia, caratteristica della senilità.

Il principio di questi fatti si trova spesso già nell'età adulta, negli individui che si curano in modo esagerato delle loro funzioni intestinali. Non si tratta però di una forma d'ipocondria, sebbene abbia con essa una certa attinenza.

L'ipocondriaco intestinale è convinto di avere una malattia intestinale, analizza le sue sensazioni cercando di chiarirne la causa, studia minutamente le feci, di cui parla volentieri.

Il vecchio preoccupato del suo intestino è meno raffinato, non aspira ad altro che alla regolarità delle defecazioni, e non ha che raramente delle sofferenze, dovute a spasmi banali in seguito ad abuso di interventi terapeutici.

Dal punto di vista pratico, la conoscenza di questi casi è importante per il medico, in quanto che gli impedisce di credere ciecamente al malato, appoggiandolo con la sua autorità nelle idee false in cui verrebbe maggiormente fissato.

Di fronte a disturbi intestinali di ordine diverso, il medico cede troppo spesso al riflesso terapeutico che consiglia di evacuare l'intestino o di arrestare la diarrea; questa condotta nel caso attuale come in tanti altri è nociva ed illogica. Occorrerà invece impedire e scoraggiare i tentativi terapeutici, rassegnandosi a considerare come un gran successo un miglioramento transitorio.

FIL.

La tubercolosi nei vecchi.

Secondo le ricerche di Bertolotti, nel decennio 1897-1906 si sono avute in Italia 2,239,626 morti oltre i 60 anni; di questi 1,41 % è morto di tubercolosi.

Dallo spoglio dei registri d'autopsia nell'Istituto di Anatomia patologica di Pisa, si sono trovate delle lesioni polmonari tubercolari nel 17,4 % in individui che non avevano mai presentato, in vita, segni di tubercolosi polmonare.

La cutireazione eseguita su 1400 individui apparentemente sani o affetti da disturbi senili, ha dato risultati positivi nel 29,8 %.

Queste ricerche dimostrano il pericolo che possono presentare i vecchi affetti da malattie delle vie respiratorie, che spesso sono dei veri tubercolotici insospettati. (*Igiene moderna*, anno VI, n. 10).

Aggiungiamo che dalle ricerche statistiche del Sabatini, desunte da molte migliaia di casi direttamente osservati, risulta che in Roma la percentuale di mortalità dei vecchi oltre 60 anni per tubercolosi, riferita alla mortalità generale, complessiva per ogni età e per ogni malattia, si può calcolare intorno al 3 %; che la mortalità dei vecchi per tubercolosi in rapporto con la mortalità globale dei vecchi per tutte le altre malatie può fissarsi fra 5 e 6 %; e infine, che la percentuale di mortalità dei vecchi tubercolosi riferita alla mortalità generale per tubercolosi è del 20 %.

Queste cifre statistiche sono certo impressionanti. Tanto più ove si consideri quanto di rado la tubercolosi si diagnostichi nel vecchio: infatti su 170 autopsie di vecchi, deceduti per causa diretta della tubercolosi, riportate dal Sabatini nel suo lavoro, solo 25 volte la malattia era stata diagnosticata in vita, con una percentuale quindi di errori di 85,3 %.

Bastano queste semplici cifre per dimostrare l'enorme gravità, dal punto di vista clinico e da quello sociale, della tubercolosi nei vecchi.

Il Sabatini, infatti, nel trattare la epidemiologia e l'igiene sociale della tubercolosi senile, giunse perfino a sospettare che se la lotta antitubercolare non ha dato fino ad oggi i risultati che da essa era sperabile attendersi, non è a ciò forse estraneo il fattore dell'aver trascurati i focolai infettivi costituiti dai vecchi che possono essere per lunghi anni insospettati pericolosi disseminatori del contagio.

I. P.

TERAPIA.

La Röntgenterapia dei tumori maligni.

G. E. Pfahler (*Journ. Am. med. Assoc.*, 22 settembre 1917) osserva che la terapia dei tumori maligni con i raggi X, dopo i primi tempi di entusiasmo, ha subìto una sosta, per il fatto che molte delle primitive speranze non si erano realizzate. Oggi però questa forma di trattamento è apprezzata nel suo giusto valore e ritenuta efficace. Poco giovano le statistiche per dimostrare la verità dell'asserto, anche perchè la tecnica si è venuta modificando nel tempo e varia dall'uno all'altro operatore, come varia di questi l'abilità. L'A. si basa nei suoi giudizî, non solo sulla propria larga esperienza, ma anche su quelle di altri autori sia d'America che di Europa.

Epiteliomi superficiali. — Il tipo a cellule basali, trattato precocemente, prima che abbia invaso la cartilagine e la mucosa, guarisce praticamente sempre; gli insuccessi si devono ad insufficienza di trattamento. L'A. usa distruggere dapprima il tumore per mezzo della elettrocoagulazione, allontanare con la curetta il tessuto distrutto e far seguire poi i raggi X a piena dose; una o due sedute successive sono sufficienti. Il tipo a cellule squamose è invece più maligno e più facilmente va soggetto a metastasi e recidive.

Anche la parte su cui si sviluppano gli epiteliomi ha influenza sul trattamento, anche perchè ogni tipo si localizza a preferenza in certe regioni: così quello a cellule basali predilige la cute del naso, faccia, guancie, fronte, quello a cellule squamose le mani (superficie posteriore), le labbra (membrana mucosa), la lingua, le gengive. Le ghiandole locali ingrossate vanno asportate o distrutte con la coagulazione.

Naevi degenerati. — Ogni *naevus* essendo suscettibile di degenerare dovrebbe venire asportato, ciò che si esegue bene con l'elettrocoagulazione, e non lascia, quando il *naevus* è piccolo, una cicatrice visibile. I *naevi* peduncolati si asportano distruggendo il peduncolo; quelli neri, grandi, degli individui di età avanzata si distruggono o si escidono facendo seguire una seduta di raggi X; analogamente si procede con quelli degenerati, ripetendo 2 o 3 volte il trattamento con i raggi.

Tumori profondi. — Quando si tratta di carcinomi operabili, la roentgenterapia va eseguita — dopo l'asportazione del tumore — sul campo operatorio e sulle aree linfatiche vicine, prima di chiudere la ferita, ricoprendola con pannolini sterili, ciò che porta a protrarre per una ventina di minuti l'anestesia. Ciò conduce ad ottimi risultati: ad ogni modo il trattamento va iniziato non oltre le due settimane dall'operazione. In tal modo l'A. ha potuto raddoppiare la percentuale delle guarigioni dei carcinomi del seno.

Nel caso di carcinomi inoperabili, i risultati sono naturalmente poco brillanti; i pazienti possono però trarre qualche vantaggio dal trattamento, e specialmente si può, in condizioni favorevoli, rendere operabile il tumore.

Il sarcoma profondo è più suscettibile che non il carcinoma di guarigione con i raggi X; questi, anzi, danno risultati migliori che non il trattamento chirurgico, salvo il caso di sarcoma periostale per cui si deve procedere alla amputazione non appena fatta la diagnosi; in seguito si farà poi la roentgenterapia.

Buoni risultati dà questa nel sarcoma midollare delle ossa ed in quello dei tessuti molli.

ini.

Il trattamento della malaria coi raggi X.

Secondo A. Pais (*Gazz. Osp. e Clin.*, ottobre) il trattamento con i raggi X modifica essenzialmente il decorso della malattia. Le piccole dosi, al primo attacco attenuano la malattia, mentre quelle grandi cambiano il ciclo febbrile. Sembra che, sotto l'influenza delle radiazioni, le nuove generazioni dei parassiti spieghino una virulenza esaltata.

La malaria cronica, ribelle al chinino, può cedere completamente, oppure l'infezione rimanere talmente modificata che il chinino può riguadagnare la sua azione. In quasi tutti i pazienti dell'A. l'infezione si è arrestata e la milza è ritornata nei limiti normali.

FIL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Dove si forma l'urea.

Le teorie sulla origine e sulla sede di formazione dell'urea hanno subito nel corso degli ultimi decenni successive modificazioni in rapporto alla perfezione delle indagini chimiche. Così la ipotesi della genesi dell'urea dalla ossidazione sintetica o direttamente dalle proteine sono state abbandonate. Oggi in considerazione della funzione degli amino-acidi nella disintegrazione della molecola proteica e del loro metabolismo, l'urea non è più considerata come un prodotto della molecola intera. I gruppi azotati degli amino-acidi sono derivati dai residui di questi complessi forse per deaminazione enzimatica. Da questi frammenti azotati deriva l'urea.

Nè si ha maggiore certezza circa l'organo o il tessuto nel quale si avrebbe la produzione dell'urea. Ultimamente si è manifestata la tendenza ad assegnare la funzione della formazione dell'urea a tutte le cellule del corpo, in quanto che il metabolismo di ogni cellula è completo di per sè stesso. Così per il caso delle fibro-cellule muscolari è ben noto che es - contengono parecchi enzimi proteolitici che disintegrano le proteine cellulari con la produzione di amino-acidi e di ammoniaca, se non di urea.

Si è creduto per molto tempo che l'urea fosse esclusivamente prodotta nel fegato per quanto non fossero dati al riguardo prove ed argomenti assolutamente convincenti. La quistione è stata ripresa da Hoogland e Mansfield (*Journal Biol. Chem.*, 1917, n. 31, rif. in *Journal American Medic. Assoc.*). I risultati degli studi di questi autori sui prodotti del ricambio autolitico in porzioni di muscoli asportati asetticamente dimostrerebbero che la formazione dell'urea non avviene nel tessuto muscolare. Essi dimostrano che la produzione dell'urea si ha quasi esclusivamente nel fegato, nel quale organo avverrebbe la disintegrazione degli amino-acidi derivanti dal metabolismo generale dell'organismo. Nel fegato gli amino-acidi si accumulerebbero e verrebbero trasformati nella sostanza, l'urea, che costituisce il prodotto terminale del ricambio destinato ad essere espulso dal corpo. *a. a.*

VARIA.

L'economia ed il ricupero del materiale di medicazione.

La fantastica ascesa nei prezzi delle materie prime per la medicazione e la difficoltà dei rifornimenti hanno indotto le amministrazioni sanitarie (Croce Rossa, Sanità militare, ecc.) a ricuperare gran parte del materiale che veniva altrimenti gettato e sperperato. La Croce Rossa ha iniziato questo servizio fino dal novembre 1915, limitandolo alla parte esterna (garza e fasce) a cui fa subire una serie di trattamenti, che però deve essere largamente maneggiato prima di subire una disinfezione vera e propria.

Davanti alle crescenti difficoltà del momento, si impone però anche il ricupero dell'altro materiale, che è stato a più diretto contatto con la ferita e che è indubbiamente più sporco e più carico di germi patogeni. Al contrario però del primo, che può venire riutilizzato come materiale di medicatura, questo è invece destinato alle fabbriche di esplosivi. Sembra invero che il cotone, una volta ben trattato possa ancora servire per medicatura; ora però non viene ancora utilizzato.

E. Carlinfanti (*Boll. chim. farm.*, 30 gennaio) propone che per il cotone e per il materiale reso inutilizzabile come medicazione vengano adottati i seguenti trattamenti.

Immergere il materiale in soluzione di soda Solway al 2 %, lasciandolo per 6-12 ore, rimescolando spesso. Decantare la maggior parte del liquido, procedendo poi a ripetuti lavaggi. Aggiungere all'ultima acqua tanto ipoclorito da avere una soluzione al 0.2 %, lasciando poi a contatto per 6 ore.

Scolare l'acqua, asciugare il materiale dapprima per pressione o con una centrifuga, poi lasciandolo all'aria libera su graticci. Esso in tal modo è pronto per essere imballato e spedito alle fabbriche di esplosivi.

La prima economia però, a nostro modo di vedere, deve incominciare dalla sala di medicazione, evitando l'inutile spreco di materiale. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(948) *La funzione dell'apparato glandolare dell'intestino.* — All'abbonato n. 6700:

Le glandule di Lieberkühn o di Galeati, che si estendono a tutte le mucose del tubo intestinale, secernono sicuramente del muco.

Le glandule del Brunner, limitate alla prima porzione del duodeno, secernono un fermento che digerisce la fibrina in mezzo acidificato (pepsina).

Le placche di Peyer hanno parte importante nella formazione dell'enterocinasi, fermento che trasforma i zimogeni pancreatici in enzimi attivi.

Non poca oscurità, per numerose divergenze, regna sulla esatta composizione del succo enterico e sull'origine degli elementi componenti finora noti. *t. p.*

(949) *Sulla cura dei condilomi del pene.* — All'abb. n. 6699:

Quando si voglia ricorrere a preparati sotto forma polverulenta, di cui è fuori luogo qui enumerare gli svantaggi, la polvere di sabino, mescolata a calomelano ed allume in parti eguali, è il rimedio più comunemente usato per la cura dei condilomi del pene volgarmente detti creste di gallo. V. M.

(950) Al dott. F. La Bruna, Zona di guerra: Ottimo trattato è quello di Neisser e Jodassohn: *Malattie della pelle*, con note ed aggiunte originali del traduttore italiano e numerose figure. Roma-Milano, Società editrice Dante Alighieri. V. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

F. MARIANI. *La tecnica medica*. Edit. dott. F. Vallardi, volume di 600 pagine con 143 figure.

Questo volume, con la quarta edizione della *Patologia interna*, con la terza edizione in corso di stampa della *Semeiologia fisica e funzionale*, e col volume la *Terapia moderna*, viene a completare la collana di pubblicazioni scolastiche che il Mariani ci aveva promesso.

Questa *Tecnica medica* è dedicata specialmente alle ricerche scientifiche al letto dell'ammalato, alle moderne indagini di laboratorio, agli studi più recenti sui nuovi problemi scientifici.

Così alcuni capitoli sono dedicati ai vari studi sulla immunità, ai fenomeni dell'agglutinazione, alla ricerca degli antigeni e degli anticorpi, alla deviazione del complemento, ecc., con descrizione di tecnica dettagliata.

Per la tecnica propedeutica sono descritti i vari procedimenti per le senapizzazioni, vescicanti, coppettazioni, salassi, fleboclisi, sulle varie punture esplorative dei vari organi, e sulle varie paracentesi.

L'A. entra poi nei dettagli di tecnica sulle malattie degli organi digerenti, descrivendo il sondaggio esofageo e gastrico, la lavatura gastrica, la tecnica per le esplorazioni e sussidi terapeutici per la via rettale.

Alcuni capitoli importanti sono destinati allo studio del sangue e del siero, sia microscopicamente che batteriologicamente, a quello degli espettorati, delle urine, delle feci. Gli ultimi capitoli sono destinati allo studio della funzionalità cardiaca e alle ricerche con l'elettrocardiogramma.

Abbiamo così un volumetto, che completa la educazione scientifica dei nostri studenti in medicina e dei medici pratici. S. A.

L. VECCHIOTTI. *I preparati di ferro usati in medicina*. Vol. in-16°, di pag. VIII-253. Bologna, Licinio Capelli editore, 1918. — Prezzo L. 5.

Questo lavoro interesserà i chimici, i medici e sovratutto i farmacisti.

È diviso in cinque parti, le quali concernono i seguenti soggetti: 1° ferro in generale; 2° composti ossigenati e sali a base di acidi inorganici; 3° sali a base di acidi organici; 4° principali preparati; 5° tossicologia.

Fra i composti alcuni non hanno impiego in terapia (solfato ferroso ammonico, solfato ferroso sodico, ecc.), ma l'A. non ha creduto di esimersi dal farne menzione, data la loro importanza nel campo della chimica analitica.

Di ogni corpo l'A. accenna alla storia, allo stato naturale, descrive i metodi di preparazione, le proprietà fisico-chimiche, i processi di dosaggio, menziona gli usi e mette in speciale rilievo le impurità e le sofisticazioni, indicando i mezzi per svelarle.

Il lavoro è condotto con molto impegno.

L. P.

GHIVANELLO dott. RICCARDO. *Per la difesa sanitaria del nostro Esercito*. II^a^ edizione. Un vol in-8° di 82 pag. — Colitti e figlio, ed., Campobasso. Prezzo L. 1.50.

L'A. ha dedicato ai suoi soldati queste conferenze che ha scritto sulle vette trentine «rosse di sangue e fulgide di gloria». In esse espone, in forma piana e chiara, le idee vigenti sul vajuolo, sulla febbre tifoide, sul colera, sulla meningite cerebro-spinale. L'eziologia, la profilassi individuale e sociale, l'utilità delle vaccinazioni per queste malattie, che sono le più temibili per un esercito in guerra, sono spiegate in modo che anche i soldati possano agevolmente comprenderle e rimanerne convinti. Sarebbe da incoraggiarsi la diffusione, fra le nostre truppe, di simili benefiche opere di propaganda. FIL.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MARTINORI ROMOLO. La gastro-enterite di trincea e la parotite epidemica. — Roma, 1917.

SISTO PIETRO. Ricerche sull'eziologia dell'ittero epidemico. — Firenze, 1917.

BATTISTINI MARIO. Le epidemie in Volterra dal 1400 al 1800. — Volterra, 1917.

MINERBI CESARE. Un processo pratico, contributo alla valutazione clinica della capacità funzionale del miocardio. Le reazioni del tono muscolare delle singole cavità cardiache e [illegible] determinismo fisio-patologico. — Firenze, 1917.

BESTA CARLO. Sulla cura di particolari alterazioni della funzione motrice da traumi da guerra. — Milano, 1917.

BESTA CARLO. Su speciali manifestazioni che si osservano durante la narcosi eterea in feriti cerebrali. — Milano, 1917.

DE ANGELIS D'OSSAT GIOACCHINO. Applicazioni della geologia. XXIII. Utilizzazione del fiume Aniene e bonifica idraulica della sua valle. — Perugia, 1917.

BARBENSI G. La patogenesi degli edemi renali. — Firenze, 1917.

BARBENSI G. La crioscopia dell'urina e del sangue nello studio delle malattie renali. — Firenze, 1916.

GRADENIGO G. Mutismo, afonia, sordità nei militari: di origine psichica, da cause organiche: simulazioni e criteri differenziali obiettivi. — Firenze, 1917.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Allocuzione del Duca d'Aosta agli Ufficiali medici della III Armata.

S. A. R. il Duca d'Aosta, procedendo alla distribuzione delle decorazioni agli ufficiali medici che si distinsero per il loro intrepido contegno in occasione delle incursioni aeree del gennaio e febbraio 1918 sugli ospedali militari di Mestre, rivolse loro un mirabile discorso, del quale riportiamo integralmente i brani che seguono:

« Valorosi apostoli della pietà! Il ricordo delle notti di tormentosa veglia, che nel passato febbraio voi avete trascorso, quando la rabbia tedesca più ferocemente si sfogava sulla vostra florida contrada, sulle nostre tranquille città, sui nostri preziosi monumenti, viene, oggi, qui rievocata dal premio al valore che alcuni fra voi han saputo, in quei frangenti, meritare:

Il lungo martirio al quale, con cinica insistenza, inermi cittadini, deboli donne e innocenti bambini furono sottoposti, durante il doloroso periodo, suscita nell'animo nostro un impeto di ribellione, un senso di odio, il proposito di vendetta che non potranno estinguersi mai, perchè non si cancellano pagine di crudele barbarie, perchè non si perdona la strage ingiustificata, perchè non si obliano delitti perpetrati con atroce gioia.

Mentre i maledetti velivoli avversarii si aggiravano nella notte sul vostro ospedale, portandovi la rovina e la strage, voi continuavate ad attendere al vostro sacro ministero, con quella mirabile calma, con quel pacato eroismo, che io ben conosco, nel corpo sanitario, alleviando nuovi dolori e contendendo nuove vittime al nemico, vitttime che, già piagate in duri ed aspri combattimenti, esso inseguiva con spietata tenacia nella casa del dolore.

Dai posti di medicazione più avanzati alle più lontane retrovie la vostra opera — o ufficiali medici e militi di sanità — è sempre improntata al più santo altruismo; mentre i proiettili grandinano presso gl'indifesi vostri posti, e la morte vi aleggia intorno, pronta a ghermirvi insieme a coloro cui portate conforto, speranza e vita, voi, dimenticando disagi, insidie, pericoli, con dita sicure e leggere, fra il gemito dei feriti e il rantolo dei moribondi, operate e salvate. Ivi giunge, col fragore, tutto l'austero aspetto della lotta atroce; sotto il fuoco i portaferiti recano il caduto con le membra stillanti sangue e gli occhi ancora accesi della visione di gloria; e voi vi tingete di quel sangue, vi irradiate di quella visione e spesso raccogliete l'estrema parola di quei generosi, parola che è sintesi del più puro amore: Italia! Italia!

Ufficiali e militi di sanità.

All'ammirazione che io ho sempre nutrito per quanto, in mezzo a difficoltà di ogni specie, voi compite in pace a vantaggio dell'umanità sofferente, sia nei corpi, sia nelle cliniche o nelle campagne, si è aggiunta una viva riconoscenza per l'opera che voi tutti — ufficiali effettivi e delle categorie in congedo — avete svolta in questa aspra guerra.

Per merito vostro un numero infinito di soldati è stato strappato alla morte; per l'opera vostra migliaia e migliaia di mutilati hanno potuto rieducarsi e servire ancora il Paese. Per virtù vostra nuovi combattenti vengono dati ognora alla battaglia, col corpo e con lo spirito ritemprati dalle vostre cure.

Per queste vostre benemerenze sono lieto di premiare, oggi, alcuni di voi, primo fra essi il vostro direttore, che, nelle più gravi calamità, che in pace e in guerra hanno colpito la nostra Patria, ha dato prova della più sapiente abilità organizzatrice, dell'abnegazione più assoluta, del più elevato spirito di sacrificio.

Premiando questi generosi, intendo premiare tutti voi, o ufficiali e militari del Corpo Sanitario, che, sulle linee o nelle retrovie, siete vanto e gloria della scienza italiana, della pietà latina, della patria generosa ».

Gli ufficiali medici decorati sono stati il colonnello Santucci, direttore di Sanità dell'Armata, che ha avuto una medaglia d'argento ed una di bronzo; il maggiore Grippo, i capitani Novaro, Cotta, Carletti, Lualdi, Viglierio e Jellame, e il sottotenente Viale, tutti con medaglia di bronzo.

Per gli onorari dei periti giudiziali.

Il 1° luglio corrente, il presidente dell'Ordine dei medici della provincia di Roma, dott. Ballerini, in rappresentanza della Federazione degli Ordini dei medici, i rappresentanti della Federazione dei Sodalizi fra gli ingegneri e gli architetti italiani, della Federazione italiana dei Collegi dei ragionieri e della Federazione dei Collegi dei geometri, si sono recati da S. E. il Ministro di grazia e giustizia per sollecitare un provvedimento che modifichi le tariffe giudiziarie, stabilite per le varie categorie di periti; tariffe che continuano ad esser quelle fissate nel 1865, quando le condizioni della vita civile ed economica, da allora ad oggi, sono profondamente mutate.

L'on. Ministro ha promesso di interessarsi benevolmente della questione, per la cui soluzione i rappresentanti dei sodalizi interessati hanno suggerito l'emanazione di un Decreto Luogotenenziale che provveda per il periodo eccezionale della guerra, e la nomina di una speciale Commissione che inizi lo studio di razionali modifiche alle tariffe suddette.

Una giusta protesta.

Riceviamo:

Spett. Direzione del *Policlinico*,

Il Comando del Gruppo di Artiglieria a cui appartengo e presso cui presto servizio quasi ininterrottamente dal principio della campagna, nel compilare lo specchio degli ufficiali aventi diritto alla polizza di assicurazione di L. 5000, ha escluso

il mio nome perchè io sono ufficiale medico di milizia territoriale.

Esso si basa sulla circolare 203 del Giornale Militare Ufficiale, lettera *b*) secondo cui detta polizza di L. 5000 sarebbe riservata solo agli ufficiali di complemento.

Io richiedo se è esatta tale interpretazione e se affermativamente cotesta direzione crede sia giusto escludere gli ufficiali di milizia territoriale che come i precedenti hanno gli stessi obblighi e gli stessi vantaggi.

Io personalmente sono iscritto nel ruolo di M. T. perchè figlio unico di genitori ambedue morti, con una sorella minore di 12 anni, sin dal 1910, ma sono presso le truppe operanti sin dal principio della campagna, senza avere avuto alcun avvicendamento in Ospedale. Sono della classe 1890.

Abbonato 7913.

La questione sollevata dal collega rientra in quella generale del trattamento fatto al Corpo medico militare. Ce ne siamo già occupati e non mancheremo di prenderla ancora in esame.

ATTI PARLAMENTARI.

Sui servizi sanitari militari.

L'on. Dore ha presentato una interrogazione al ministro della guerra, «per sapere se non crede di dover disporre che: sia migliorato il servizio sanitario delle caserme, imponendo nei corpi d'armata territoriali una cura più assidua e più affettuosa dei soldati e una maggiore vigilanza sulle non buone condizioni dei locali e dell'alimentazione; siano destinate alla zona di guerra parecchie commissioni sanitarie di controllo, non essendo concepibile che, mentre per i servizi della zona territoriale occorrono dieci commissioni, possa bastare una sola per le esigenze indubbiamente straordinarie della zona di guerra; sia data una completa unità di indirizzo ai servizi sanitari militari ponendoli tutti sotto la Direzione generale provvidamente istituita presso il Ministero della guerra, essendo assurdo che si faccia ancora l'antica distinzione illogica tra i servizi territoriali e i servizi di zona di guerra e si mantengano questi ultimi sotto la dipendenza di ufficiali delle truppe combattenti privi di competenza e di autorità».

Contro gli abusi nella vendita della cocaina.

Ad una interrogazione dell'on. Federzoni al riguardo, il Sottosegretario di Stato, on. Bonicelli, ha risposto come segue:

«Le norme contenute nella legge e nel regolamento sanitario, nonchè nel regolamento sull'esercizio delle farmacie, disciplinano interamente la vendita della cocaina e degli altri stupefacenti, mediante divieti ed imposizioni, sorretti da sanzioni penali anche gravi, che si possono ritenere adeguati e sufficienti a reprimere i pericoli di un irregolare abusivo commercio degli stupefacenti.

«Il Ministro dell'Interno ha ripetutamente invitato le autorità dipendenti alla rigorosa applicazione delle norme in vigore; e tale invito ha ripetuto recentissimamente».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7329) *Aumento di stipendio.* — Dott. Sabina. — Il compenso che Ella riceve per la carica di ufficiale santitario non è stipendio e non è, pertanto, suscettibile dell'aumento di cui al decreto del 10 febbraio ultimo. Il posto che occupa a scavalco non è privo di titolare e perciò, giusta quanto dispone l'art. 8 del succitato decreto, non dà diritto all'aumento del relativo stipendio, che viene corrisposto sotto forma di diaria.

(7330) *Aumento di stipendio al medico chiamato sotto le armi.* — Dott. M. D. B. da Z. di G. — A riguardo dei medici condotti che trovansi a prestar servizio militare e che per conseguenza percepiscono dal proprio Comune la differenza fra lo stipendio civile e quello militare corrispondente al grado che rivestono, crediamo che l'aumento portato dal D. L. del 10 febbraio debba avvenire egualmente sullo intero stipendio civile. La differenza, cui detti medici han diritto, si computa fra il nuovo accresciuto stipendio civile e quello militare, che, secondo legge, è egualmente e proporzionatamente aumentato. Poichè dal quesito da Lei proposto non si deduce chiaramente la ragione per cui l'autorità tutoria non ha creduto di approvare la deliberazione consiliare portante l'aumento, gradiremmo che fosse indicata onde poter, con piena conoscenza di causa, indicare se ed in qual modo convenga ricorrere e per quale ragione.

(7331) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. F. M. da C. — Per gli impiegati civili di enti pubblici locali, fra cui i medici condotti, l'articolo 5° del D. L. 14 febbraio ultimo, n. 196, stabilisce norme speciali a riguardo della indennità caro-viveri. Esso, infatti, dispone che a detti impiegati, anche quando abbiano uno stipendio civile superiore allo stipendio od assegno militare, non compete la indennità caro-viveri dal Comune, ma bensì l'altra di lire 35 lorde stabilita dalla lettera *a* dello articolo 1° del Decreto stesso, sempre, si intende, che abbiano le condizioni richieste per ottenerla. L'aumento di stipendio di cui al D. L. del 10 febbraio ultimo deve essere deliberato dal Consiglio Comunale anche per stabilirne la misura. Dopo che il relativo deliberato avrà riportata la superiore approvazione, l'aumento diventa obbligatorio.

(7332) *Aumento di stipendio.* — Dott. G. A. da P. — Anche ai medici condotti interini compete l'aumento di stipendio portato dal D. L. del 10 febbraio ultimo, sempre che coprano un posto fissato nella pianta organica e privo di titolare. Se Ella trovasi in tale condizione può ottenere l'aumento dello stipendio in quella proporzione che fu fissata o che sarà fissata dal Consiglio Comunale, ma mai superiore a quella del 30 % sulle prime duemila lire e del 15 % sulle rimanenti.

(7333) *Medico condotto chiamato sotto le armi - Stipendio.* — Dott. C. B. da Z. di G. — Non avendo mai assunto servizio presso il Comune, perchè altrove occupato fin dal primo momento della nomina, non può ottenere il trattamento economico stabilito pei medici condotti chiamati sotto le armi

perchè non basta la sola nomina per determinare rapporti economici fra l'impiegato e la pubblica amministrazione, ma occorre l'effettiva assunzione della carica ed il prestato od, almeno, l'iniziato servizio.

(7335) *Dimissioni del medico condotto.* — Dott. D. S. da F. — Nessun decreto o legge impedisce durante lo stato di guerra al medico condotto di rassegnare le proprie dimissioni dalla carica. Il Consiglio Comunale è però sempre libero di accettarle o respingerle, specie se trattasi di nomina in corso.

(7336) *Collegio orfani sanitarii in Perugia.* — Dott. G. R. da G. del C. — Suo figlio non avendo prestato servizio nel Comune non è tenuto al pagamento del contributo stabilito per il Collegio degli orfani dei sanitarii in Perugia. Detto contributo deve essere pagato dai medici che lo hanno sostituito nella carica di ufficiale sanitario. Sarà bene fare analoga dichiarazione all'esattore prima che egli promuova gli atti ingiuntivi ed esecutivi. Nel caso che suo figlio fosse citato deve chiamare in causa coloro che debbono effettivamente pagare ed hanno riscosso lo stipendio.

(7337) *Ufficiale medico in servizio civile - Aumento di stipendio.* — Dott. V. C. A. da V. C. M. — A noi sembra che Ella abbia ragione. Essendo ufficiale medico del R. E. incaricato del servizio civile in determinato Comune coll'obbligo di sostituire il titolare sotto le armi e percepire l'integrale stipendio a quest'ultimo dovuto, non può esserle negato l'aumento di stipendio che al titolare stesso si sarebbe dovuto corrispondere, giacchè detto aumento ingrandisce ma non trasforma l'assegno, il quale nella sua complessiva integrità deve essere attribuito a chi sostituisce il titolare assente. Non è Ella un interino, cui è lecito liberamente pattuire il compenso, ma un medico comandato con diritto a percepire quel qualunque stipendio che era attribuito al titolare, sia esso aumentato od anche, per qualsivoglia causa, diminuito. Riteniamo che il ricorso che Ella ha proposto avverso il diniego dello aumento possa ottenere favorevole accoglimento.

(7339) *Stipendii a medici in servizio presso Comuni occupati dal nemico.* — Dott. F. B. da M. — L'articolo 11 del D. L. del 20 gennaio ultimo, n. 30, parla di impiegati, senza fare alcuna distinzione fra impiegati stabili, interini o nominati dal Prefetto, come nel suo caso. Crediamo quindi, che non possa ammettersi interpretazione restrittiva e che a Lei, avendo adempito alle formalità in detto articolo indicate, competa lo stipendio anche pei mesi successivi al dicembre ultimo. Occorre poi osservare che la nomina prefettizia e quella dei Comuni non è stata mai revocata e che, quindi, Ella serba ora uno stato di diritto che non può essere in alcun modo impugnato.

Faccia un dettagliato esposto al Prefetto e dal risultato di esso si potrà determinare ciò che, occorrendo, converrà fare dopo per ottenere il pagamento degli stipendii che reclama.

(7340) *Pensioni - Ufficiale sanitario - Indennità - Supplenza veterinario.* — Dott. A. A. da F. — Avendo aderito alla cassa di previdenza prima della promulgazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, ha diritto al riconoscimento dei servizii prestati anteriormente al 1° gennaio 1899, e, cioè, degli anni 1896-97-98. Fino al 10 agosto 1916 avea, pertanto, prestato 21 anno di servizio, calcolati i tre suddetti e valutando per anno intero gli otto mesi di servizio prestati nel 1916. Gli anni di servizio prestati come interino sono valutati, non nella liquidazione della pensione, ma nel computo degli anni occorrenti per acquistare il relativo diritto. Però, anche tenendo conto dei due anni 1917 e 1918, non si trova Ella ancora in condizione di liquidare la pensione non potendo dimostrare di aver compiti complessivamente 25 anni di servizio. Non possiamo farle conoscere la pensione che potrà liquidare al termine dei 25 anni di servizio che quando ci farà conoscere l'età che avrà in quella epoca. Se esercita, oltre a quella di medico condotto per cui fu chiamato in servizio interinale, anche la carica di ufficiale sanitario, è giusto che abbia, oltre lo stipendio, anche l'indennità all'uopo stanziata in bilancio. Poichè la carica di ufficiale sanitario è congiunta a quella di medico condotto, non compete per quella la indennità caro-viveri. Per la supplenza del veterinario, attualmente mancante, nella visita delle carni da macello, non Le compete speciale indennità, in quanto che nel caso tale funzione costituisce un obbligo imposto all'ufficiale sanitario dallo articolo 8 del Regolamento sulla vigilanza igienica del 3 agosto 1890.

(7341) *Aumento di stipendio - Reclami.* — Dott. G. N. da P. — Riteniamo che il reclamo contro il diniegato aumento dello stipendio possa, anche per gli impiegati comunali, essere presentato a S. E. il Ministro del Tesoro in applicazione dello articolo 12 del D. L. 10 febbraio 1918. La relativa Commissione fu nominata con D. L. dell'11 aprile ultimo.

(7342) *Pensioni.* — Dott. G. T. da S. — Essendo Ella inscritto alla Cassa di Previdenza dal 1° gennaio 1899, ha diritto al riscatto gratuito dei cinque anni di servizio prestati dal 1894 a tutto il 1898. Potrà quindi liquidare su 25 anni di servizio non nel 1922, ma al 1° luglio 1919, epoca in cui compirà 24 anni e sei mesi di servizio. Non possiamo liquidarle la pensione che Le competerà non conoscendo gli anni di età che avrà all'atto del collocamento a riposo. La pensione decorre dal giorno successivo a quello in cui si è terminato di percepire lo stipendio.

Dott. JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 7455: Non è escluso che Ella possa ottenere l'esonero. Occorre però che l'Amministrazione, dalla quale Ella dipende, rappresenti tale necessità alla Commissione provinciale incaricata di vagliare le ragioni degli esoneri.

Tutto dipende dall'apprezzamento che detta Commissione farà delle ragioni stesse.

All'abb. n. 4624.

La Sua promozione al grado di capitano in seguito al titolo, che Ella può ora presentare, di aver

compiuto 15 anni di esercizio professionale, non è affatto legata a quella dei tenenti medici del luglio 1916.

Ella ha pieno diritto, in altri termini, alla nomina a capitano non appena venga richiamato alle armi.

Al dott. G. P. da V.:

Il Ministero Le ha concesso l'esonero in seguito a proposta della Commissione provinciale alla quale la necessità di tale esonerazione sarà stata rappresentata dall'Amministrazione civile da cui Ella dipende.

Dato ciò, se Ella desidera che l'esonero Le venga tolto occorre che faccia delle pratiche presso la Commissione provinciale suddetta onde allo spirare del quadrimestre concessole, non rinnovi la proposta di esonero al Ministero.

All'abb. n. 8178:

Nessuna disposizione vieta che ufficiali medici anche della classe (tutt'altro che anziana) del 1883 possano essere impiegati in prima linea. Il decreto cui Ella accenna non parla di prime o di seconde linee. Esso dispone che tutti i medici della classe 1884 e più giovani debbano prestar servizio in zona di guerra, e non possano per nessuna ragione venir impiegati in zona territoriale.

All'abb. n. 9419:

1. L'autorità civile dalla quale Ella dipende può chiedere una proroga al suo esonero.

2. Se mobilitato Le spetterà la indennità di entrata in campagna.

3. Per avere il grado di capitano occorre che Ella faccia resultare di aver *compiuti* 15 anni di esercizio professionale.

All'abb. n. 7172:

Qualora si effettuasse il suo richiamo alle armi Ella dovrebbe, presentandosi al Distretto dal quale dipende, chiedere di essere sottoposto a nuova visita date le sue condizioni di salute.

All'abb. n. 4049:

Durante la degenza in un ospedale militare, sia pure a scopo di osservazione, non può spettare un'indennità del genere di quella concessa ai medici provenienti dai riformati nel periodo della loro permanenza a Firenze per la visita.

All'abb. n. 3880:

Per ora sono stati promossi i capitani effettivi con anzianità del gennaio 1915. Per arrivare con le promozioni a quelli che hanno l'anzianità del marzo 1915 occorre che vengano effettuate una quarantina di promozioni, il che per ora non è certo imminente.

All'abb. n. 3418:

Non è dubbio che le spetti la promozione.

Infatti i tenenti di complemento sono stati promossi al grado superiore *fino all'anzianità del* 30 *aprile* 1916.

Basta consultare il Bollettino N. 65 del 1917, dal quale risultano le promozioni avvenute di tenenti medici di complemento con anzianità del marzo e anche dell'aprile 1916, per accertarsene.

All'abb. n. 4904:

Non avendo Ella prestato mai servizio militare è probabile che venga chiamato alle armi e sostituito da altro collega.

Il funzionario del Ministero che ha assicurato il Comune che *gli avvicendamenti cominciano dalla classe* 1878 intendeva probabilmente dire che verranno beneficiati di tale avvicendamento i medici *che attualmente si trovano sotto le armi* e che sono di classe più anziana di quella del 1878 inclusa.

Al dott. L. R. da T.:

Per ottenere quanto Ella desidera occorrerebbe che la competente Commissione prefettizia la richiedesse (facendo il suo nome) al Ministero per il disimpegno del servizio di condotta. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il sen. prof. Durante è nominato presidente della sezione per l'igiene sociale della Commissione per lo studio dei provvedimenti per il passaggio dallo stato di guerra allo stato di pace, istituita con decreto luogotenenziale.

ALBO D'ORO.

MEDICI CHE HANNO DATO FIGLI ALLA PATRIA.

Il dott. ALFONSO TORTI, Direttore dell'Ospedale «Policlinico» Umberto I di Roma, ha perduto il figlio VALENTINO, spento in un ospedale di tappa da un'infezione tifosa contratta nelle Alpi Trentine, dove Egli aveva superato asperrime fatiche e dove ambiva di tornare, per affrontare nuovi rischi e raccogliere nuova gloria.

Al giovane ventunenne la volontà e l'ingegno dischiudevano un brillante avvenire.

Era tenente dei mitraglieri, iscritto al 3° anno di medicina.

Il nostro amico dott. Torti saprà sostenere con serenità e con animo virile il duro sacrifizio che la Patria gli ha imposto. A lui, ai suoi, giungano le nostre affettuose condoglianze.

Il dott. FILIPPO PAGLIARI ha perduto sul campo della gloria il figlio GIOVANNI, tenente dei mitraglieri, studente al 3° anno di legge.

Nel fervore della battaglia, sulle sponde del Piave, quella balda giovinezza, cui la vita arrideva ricca di promesse, venne spezzata da una granata nemica.

Le nostre sentitissime condoglianze al genitore e alla famiglia.

Ricompense al valor militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

ALESSANDRI prof. ROBERTO, ten. colonnello medico di complemento, ordinario di patologia chirurgica nell'Università di Roma, Direttore di un'ambulanza chirurgica dislocata a Gorizia, continuò la sua opera di assistenza e cura ai feriti malgrado i locali si trovassero sotto l'incessante tiro dei cannoni nemici, tanto che parte del fabbricato fu distrutto e molti feriti soccombettero.

Al nostro illustre amico esprimiamo il nostro compiacimento per la prova di tranquillo eroismo e per l'alta distinzione assegnatagli.

NOTIZIE DIVERSE

Lotta statale contro la tubercolosi.

Il Governo allo scopo di rendere più efficace e d'integrare le disposizioni concernenti la difesa contro la tubercolosi, non si limiterà ai provvedimenti che sono già stati deliberati d'intesa coi ministri della Guerra, della Marina e delle Pensioni e che son già in corso di attuazione, concernenti i militari riformati per quella malattia, ma studierà il problema anche nei riguardi della popolazione civile.

È noto, infatti, che gli ammalati civili tubercolosi sfuggono, specialmente tra le classi abbienti, non essendo obbligatoria la denunzia da parte dei sanitari, a qualsiasi controllo delle autorità, ciò che poteva presentare grave difficoltà un tempo. Ora, in seguito alle numerose visite militari, che hanno scrupolosamente accertato lo stato di salute di tutti gli uomini fino ai 40 e più anni, appare relativamente facile. Le autorità hanno il modo di avere un completo censimento di tutti i tubercolotici maschi d'Italia.

Di questo lavoro la direzione generale di sanità si servirà sia per completarlo con quello delle donne, sia per organizzare un vero e proprio servizio di difesa, che senza avere lo scopo di mettere all'ostracismo i tubercolotici, valga ad arginare seriamente quanto più è possibile la minaccia di una maggiore diffusione della malattia, non solo come inevitabile conseguenza dello stato di guerra, ma anche come effetto di colpevole trascuranza negli ammalati, e in chi li avvicina, di quelle norme d'igiene e precauzioni, che non richiedono neppure un gran sacrifizio da parte dell'infermo e di chi gli sta d'attorno, trascuranza che è sempre la causa prima della diffusione della malattia fra le classi che sono fortunatamente in condizioni di provvedere a curarla in tempo ed anche ad evitarla.

La Lega nazionale contro la tubercolosi.

Si è riunita il 15 giugno, sotto la presidenza del prof. A. Tamburini, l'assemblea generale dei soci del Comitato Romano della Lega Nazionale contro la tubercolosi, per l'approvazione del bilancio consuntivo del 1917 e del preventivo del 1918.

Il presidente espose la *Relazione morale e finanziaria* del Comitato e dell'Ufficio centrale antitubercolare, mettendo sopratutto in evidenza l'azione benefica ed efficace dispiegata dall'Ufficio antitubercolare, mercè l'opera attiva e intelligente dell'egregio direttore dott. Ugo Mariotti, ed esprimendo la fiducia che col concorso degli Enti pubblici e delle numerose Istituzioni associate, l'opera del Comitato e dell'Ufficio possa maggiormente svolgersi per raggiungere i fini nobilissimi per i quali questo fu istituito.

Nella Presidenza della Croce Rossa Italiana.

A causa di un'infermità del sen. conte Della Somaglia, le funzioni di presidente generale della C. R. I. sono state temporaneamente ben affidate al vice-presidente G. Ciraolo, del quale sono note l'alta intelligenza, la profonda coltura sociale e l'operosità.

Le condizioni di salute del conte Della Somaglia sono ora notevolmente migliorate. All'illustre filantropo inviamo caldi auguri di pronta guarigione.

L'ambulanza militare dell'esercito americano.

È giunto in Italia un grosso reparto dell'ambulanza militare dell'Esercito americano.

Si recò a portargli il saluto del Governo italiano il Sottosegretario di Stato on. Gallenga accompagnato dalle autorità militari e civili, dalla Colonia americana e dal Presidente della «Croce Rossa» Italiana.

All'arrivo assisteva una folla immensa dietro le truppe del Presidio, schierate lungo il percorso per rendere gli onori militari. I soldati americani furono passati in rivista dal Comandante del Corpo d'Armata italiano.

Le rendite della fondazione Cerasi assegnate ad istituzioni umanitarie.

Il Consiglio direttivo dell'Ospizio dell'Addolorata (Fondazione Antonio Cerasi) ha deliberato che sull'eventuale avanzo di rendita dell'esercizio 1918 vengano assegnate: L. 20,000 per l'invio dei figli di militari richiamati nelle Colonie marine del Comitato di Organizzazione Civile; L. 100,000 al Comitato provinciale per gli orfani di guerra; L. 25,000 al Sanatorio per bambini tubercolotici del *Giornale d'Italia*; L. 10,000 all'Ospedaletto del Bambin Gesù; L. 10,000 all'Istituto Ortopedico dell'Ariccia; lire 25,000 per bambini lattanti; L. 100,000 per il Sanatorio per tubercolotici che sarà istituito dall'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma; lire 15,000 alle Piccole Suore dei poveri; L. 20,000 a disposizione del prefetto per ricoveri d'urgenza: totale L. 325,000.

Pei deformati del viso.

Per incarico della Croce Rossa Americana, la scultrice Maynard Ladd, di Boston, ha aperto a Parigi un'officina per la fabbricazione di maschere al naturale destinate a nascondere le gravi deformità del viso cagionate da lesioni di guerra. Le maschere vengono fornite gratuitamente.

Il processo di fabbricazione è stato ideato dal capitano medico inglese Derwent Woord: si prende, con la creta, l'impronta del viso deformato, la quale viene poi completata sulla guida di fotografie recenti del soggetto; per mezzo della galvanoplastica, vi si modella una maschera sottilissima di rame, che viene poi colorita al naturale con tinte indelebili; la maschera è leggerissima e si applica facilmente, per mezzo di un processo speciale.

Intesa intellettuale italo-britannica.

Alla visita resa dai nostri intellettuali alla Gran Bretagna, la medicina e le scienze naturali in genere sono state rappresentate dall'on. prof. Leonardo Bianchi e dall'on. prof. Vincenzo Bianchi di Napoli e dal prof. Piero Giacosa di Torino.

Il prof. L. Bianchi così terminò la sua magnifica allocuzione all'università di Oxford:

« Questa terribile guerra, che distrugge tanti tesori accumulati da un secolo febbrile di lavoro, fu voluta dalla Germania, e fu incoraggiata dagli uomini di scienza di quel grande paese. E bene noi contrapporremo le forze dell'Intesa unita per la guerra e per la pace, nelle armi e nel pensiero civile. Questa guerra, che ha sorpreso l'Italia nell'adolescenza operosa della sua terza civiltà, ha ridestato in noi l'anima di un vecchio titano, come diceva Carducci. Bisogna vincere o morire.

« In our life-struggle we must endeavour to persevere and increase our scientific and artistic patrimony, our work, our health and our liberty, so as to frustrate all the cruel aims of a rapacious enemy ».

Congresso di talassoterapia.

I medici italiani sono vivamente pregati di volersi interessare a questo importantissimo Congresso interalleato, che avrà luogo a Monaco subito dopo guerra, mandando i titoli delle comunicazioni che intendono di fare, specialmente in riguardo delle cure marine nelle tubercolosi mediche e in quelle chirurgiche, al Segretario generale prof. Filippo Mariani, Genova — oppure al Presidente del Comitato locale, prof. V. Ascoli, Roma.

Un grandioso ospedale offerto al Governo degli Stati Uniti.

Il Bethel Israel Hospital di New York, grande istituzione ospitaliera israelita, per mezzo del suo presidente Sigel, ha offerto al Ministero della marina degli Stati Uniti di costruire a proprie spese un ospedale di 500 letti e del costo di 10 milioni di lire, mettendolo a disposizione del Governo per tutta la durata della guerra.

Per gli studenti di medicina in Francia.

Finora gli studenti di medicina in Francia erano autorizzati unicamente a sostenere gli esami, ma non a frequentare i corsi. Nuovi regolamenti, promulgati ora, dispongono che queste norme continueranno a vigere per gli studenti giovani, che appartengono alla milizia attiva; gli studenti passati nella riserva, cioè che hanno compiuto più di 3 anni di servizio militare, vengono autorizzati, invece, nei limiti concessi dalle esigenze belliche, a continuare i loro studî. Naturalmente non si tiene conto della classe cui essi appartengono per la data di nascita, ma solo di quella cui sono aggregati.

Si era tentato di organizzare dei corsi per gli studenti di medicina della zona avanzata, facendo impartire gli insegnamenti negli ospedali mobilitati; ma difficoltà di vario ordine avevano indotto all'adozione, invece, di corsi accelerati trimestrali nelle Facoltà di Parigi e di Lione. Il nuovo sistema doveva entrare in vigore il 15 aprile; ma l'offensiva ha reso necessaria la presenza al fronte di tutti gli studenti mobilitati ed ha fatto rinviare ad un periodo più calmo la ripresa degli studî di medicina.

Altra nave-ospedale silurata.

Continuano i siluramenti di navi-ospedali da parte dei nostri nemici.

La nave-ospedale « Koningin Regentes » è stata silurata nel Mare del Nord in circostanze che escludono un errore.

La nave-ospedale « Llandovery Castle » è stata silurata a sud-ovest dell'Irlanda, malgrado avesse tutti i fuochi e i segni regolamentari; si teme che 234 persone su 258 siano annegate.

Inaugurazione di un busto al prof. Massei.

Il 2 giugno ebbe luogo nell'ospedale Gesù e Maria di Napoli, l'inaugurazione del busto di bronzo a Ferdinando Massei.

Parlarono il generale prof. Pascale, presidente per le onoranze e direttore interinale della clinica, il prof. Gradenigo, successore del Massei nell'insegnamento e nella direzione della Clinica, il professor Ferrero dell'Università di Roma e i professori Masucci e Trefiletti antichi coadiutori del Massei. Fu quindi data lettura delle lettere e telegrammi di adesione.

Alla cerimonia erano presenti la vedova e il figlio di Ferdinando Massei.

Premio Pier Diego Siccardi.

I lettori ricorderanno il valoroso prof. Pier Diego Siccardi, capo-laboratorio della Clinica del Lavoro di Milano, maggiore medico per merito di guerra, caduto per un'infezione da spirochetosi itteroemorragica, che egli andava studiando da oltre un anno nella IV Armata. La perdita dell'insigne studioso, che era sicuramente incamminato alla vita universitaria ufficiale, ha suscitato ovunque il più alto rimpianto. E perchè non muoia la figura di questo degnissimo suo collaboratore e le direttive medico-sociali di Siccardi parlino ai giovani, la Clinica del Lavoro ha preso l'iniziativa di fondare un premio intitolato a Pier Diego Siccardi, il cui reddito abbia a permettere, annualmente, ad un giovine neolaureato, di attendere per un anno a studi di medicina ed igiene sociale. La sottoscrizione è già a buon punto, essendo state raccolte circa lire 20,000; essa verrà chiusa quando si saranno raccolte L. 30.000 e comunque entro il 31 luglio, perchè il premio possa essere assegnato fin dal prossimo anno scolastico.

Le offerte si inviano al prof. Devoto, via S. Barnaba, 8, Milano.

Vittima del dovere.

A proposito della notizia pubblicata sotto questo titolo nel fasc. 23, riceviamo:

«Certamente chi ha inviato la suddetta notizia ignora che il dott. Giuseppe Zani era da cinque mesi ammogliato colla signora Vittoria Serra-Zanotti di Bologna, che potè assisterlo negli ultimi giorni e contrasse ella medesima l'infezione in forma non grave, riducendosi però agli estremi per fatti cardiaci; trovasi ora in convalescenza, nell'attesa di dare alla luce una creatura che non conoscerà il padre suo.

Questo per la verità e perchè non venga del tutto dimenticato che Colui che ha dato la sua giovinezza alla Patria, ha lasciato una donna che porta il suo nome, che sopra tutti lo ha amato, che avanti tutti lo piange, che sopporta la vita solo per la coscienza del grande dovere che le rimane da compiere».

Un ufficiale della Croce Rossa Americana morto in guerra alla fronte italiana.

È stato ucciso, mentre era in servizio sul nostro fronte del Piave, il tenente McKey, il quale comandava un posto mobile di ristoro della Croce Rossa Americana in un punto avanzato. È il primo ufficiale della Croce Rossa Americana che dà la sua vita per la causa degli alleati. Prima della guerra era pittore. Si arruolò volontario quale membro della Commissione permanente della Croce Rossa Americana che venne in Italia nel dicembre scorso.

Il tenente McKey era stato recentemente ammalato in un ospedale militare. Appena ristabilito domandò di avere l'onore e il privilegio di prestar servizio vicino alle linee del fronte, in un posto avanzato. E là egli incontrò la morte.

Il prof. Cevidalli aggredito.

Il prof. Carlo Cevidalli, vice-direttore del Manicomio provinciale di Roma, venne improvvisamente aggredito da un ricoverato del suo reparto, che lo colpì a più riprese con un grosso sasso alla testa.

Fu trasportato in grave stato nella sua abitazione, dove gli apprestarono sollecite ed efficaci cure i proff. G. Montesano e Ferraresi.

All'ottimo amico, ben noto per la mitezza del carattere, la rettitudine e la coscienziosità che lo distinguono, facciamo l'augurio che presto ritorni alle sue alte funzioni.

Una vittima della barbarie.

I giornali recano il seguente triste episodio.

Una infermiera dell'esercito francese — la signorina Canton — mentre da un paese invaso si recava a raggiungere, a piedi, il suo ospedale presso Soissons, scorse un gruppo di uomini che ella scambiò per lavoratori italiani. Ma, inoltrandosi, si fermò stupefatta: era una pattuglia tedesca! Il suo cuore intrepido non ebbe che un fremito d'odio. Contemplò i nemici fieramente. Ma i bruti non esitarono: quattro di essi impugnarono il fucile e spararono. L'uniforme da infermiera non fece tremare le mani degli assassini. La signorina Canton fu ferita al fianco. Ebbe la forza di trascinarsi fino al campo che fiancheggia la strada e cadde esanime, dietro le siepi. Orgogliosa del suo trionfo la pattuglia si allontanò. Dopo qualche minuto giunsero dei contadini che riuscirono a trasportare all'ospedale la eroica fanciulla.

Conferenza.

Il prof. S. Belfanti ha tenuto a Milano una conferenza sulla vaccinazione, per invito dell'Ordine dei medici e dell'autorità provinciale sanitaria di Milano.

Cura della morva.

Presso una delle nostre armate, numerosissimi cavalli affetti da morva chiusa sono stati trattati con metodi speciali proposti dal prof. Finzi, della R. Scuola Veterinaria di Torino, coadiuvato dal colonnello veterinario dott. Bertetti.

Una Commissione tecnica, nominata dai Ministeri della guerra e dell'interno, ha proceduto alle prove sperimentali di controllo, comprovando i risultati della cura.

La Direzione generale della Sanità pubblica seguì fin dal principio con particolare attenzione queste ricerche e il Direttore generale, comm. Lutrario, ha potuto verificare personalmente l'alta importanza dei risultati.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1918 — Tip. Cartiere Centrali — L. Pozzi, resp.
(74)